

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1910-1911. — N° 429

DES ULCÉRATIONS
ET DES
PERFORATIONS INTESINALES
DANS
LE CANCER DU RECTUM

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François THOMASSET

Né le 7 juin 1885, à Lyon (Rhône).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1911



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 129

DES ULCÉRATIONS
ET DES
PERFORATIONS INTESINALES
DANS
LE CANCER DU RECTUM

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

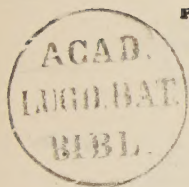
Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François THOMASSET

Né le 7 juin 1885, à Lyon (Rhône).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-EDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.)
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	X.
Pharmacologie	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,
Pathologie externe	VALLAS,
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, ag.	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL	—
Botanique	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC	J. LEPINE	NOGIER	TAVERNIER
REGAUD	LESIEUR	LATARGET	CADE
COMMANDEUR	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
GAYET	LAROYENNE	LERICHE	ARLOING (F.)
NEVEU-LEMAIRE	VORON	THEVENOT	GUILLEMARD
PATEL			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, *Président*; ROCHET, *Assesseur*,
MM. GAYET et PATEL, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la Mémoire
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de Clinique chirurgicale,
Ex-Chirurgien-Major de l'Hôtel-Dieu.

Avant de commencer l'exposé de notre modeste travail, nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à M. le professeur Jaboulay qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous sommes heureux, aussi, de pouvoir adresser nos remerciements les plus sincères à M. le D^r André Chalié, prosecteur à la Faculté, qui nous a toujours accueilli avec la plus grande cordialité, qui nous a guidé de ses conseils et ne nous a pas ménagé son précieux concours.

Que tous nos maîtres, à la Faculté et dans les Hôpitaux, reçoivent ici le témoignage de notre reconnaissance, pour la bienveillance dont ils ont toujours fait preuve à notre égard.

DES ULCÉRATIONS
ET DES
PERFORATIONS INTESTINALES
DANS
LE CANCER DU RECTUM

I. — INTRODUCTION ET GÉNÉRALITÉS

Lorsque l'intestin est le siège d'une sténose, quelle qu'en soit la nature, il est de notion courante de trouver, sur les parois du segment intestinal susjacent, des altérations diverses d'origine mécanique ou pathologique : modifications d'épaisseur et éclatement des parois ou lésions destructives des différentes tuniques.

Ces altérations que l'on trouve si fréquemment dans les sténoses, qu'elles siègent au niveau de l'intestin grêle ou du gros intestin, doivent aussi, et pour des raisons analogues, se produire quand la lumière intestinale se trouve réduite par une tumeur siégeant à l'extrémité inférieure du tube digestif.

Et de fait, il existe des observations qui montrent la réalité de ces lésions dans le cancer du rectum.

Il nous a paru intéressant, à l'occasion de quelques observations recueillies dans les hôpitaux de Lyon, de

réunir tous les documents que nous avons pu trouver sur cette question et d'en faire une étude d'ensemble.

But de ce travail. — Nous nous proposons d'étudier uniquement les lésions ulcéreuses et perforantes de l'intestin, qui peuvent se produire au cours de l'évolution d'un cancer du rectum, que ces lésions siègent au niveau du néoplasme lui-même ou qu'elles se manifestent à distance. Il va sans dire que, sous le nom d'ulcérations, nous ne comprenons nullement celles qui font partie du cancer lui-même arrivé à une phase avancée de son évolution. Nous n'avons pas en vue, non plus, les perforations ou mieux les fistules, qui peuvent faire communiquer le rectum néoplasique avec les autres organes du bassin : vessie, urèthre, prostate, utérus, vagin, etc.

Nous n'envisagerons donc que :

1° Les ulcérations intestinales situées au-dessus du cancer rectal ;

2° Les fistules intestino-rectales faisant communiquer le rectum avec le gros intestin ou avec l'intestin grêle ;

3° Les perforations du rectum ou de l'intestin sus-jacent dans le péritoine libre (péritonite généralisée) ou cloisonné auparavant par des adhérences (péritonite localisée) :

Nous croyons utile de rappeler dès le début que *nous ne désignons sous le nom de rectum que cette portion de l'extrémité inférieure du gros intestin, qui commence au point où finit le mésentère ; nous plaçons par conséquent, sa limite supérieure au niveau de la*

III^e vertèbre sacrée, à hauteur de laquelle s'effectue la réflexion postérieure du péritoine¹.

Fréquence. — Les lésions qui se produisent en amont des sténoses intestinales néoplasiques, sont beaucoup moins fréquentes lorsque le rétrécissement cancéreux, qui en est la cause, siège au niveau du rectum, que lorsqu'il atteint une autre portion du gros intestin. Nous ne sommes parvenu, en effet, en parcourant toutes les observations de cancers du rectum publiées par les divers auteurs, qu'à réunir une vingtaine de cas seulement, où se sont produits les accidents que nous nous proposons d'étudier.

Coste, dans sa thèse, sur 25 observations de rétrécissement cancéreux du gros intestin, ne cite que trois cas de néoplasmes du rectum ayant déterminé la formation d'ulcérations et une perforation consécutive. Voici du reste le tableau qu'il publie et qui indique la portion de l'intestin au niveau de laquelle se trouvait la sténose dans les différents cas qu'il mentionne :

Côlon ascendant .	0	cas, soit	0	pour 100
Angle droit . .	1	—	4	—
Côlon transverse. .	2	—	8	—
Angle gauche. .	5	—	20	—
Côlon descendant	3	—	12	—
Côlon sigmoïdien.	11	—	44	—
Rectum. . . .	3	—	12	—

¹ Cette délimitation, quoique admise classiquement dans les Traités d'anatomie, n'est pas encore suffisamment établie en chirurgie. Souvent, en effet, surtout en Allemagne, les opérateurs parlent de cancers du *haut rectum*, lorsqu'il s'agit déjà de tumeurs du côlon pelvien situées au-dessus de la limite que nous venons de rappeler.

On voit de suite que les rétrécissements cancéreux de l'S iliaque et de l'angle gauche tiennent la première place.

Si, d'autre part, nous examinons les 58 observations de néoplasmes du gros intestin, réunies par Cavaillon et Leclerc (*Revue de gynécologie*, 1907), en ne tenant compte que de ceux qui ont déterminé des lésions destructives sur le segment intestinal sus-jacent, nous nous rendons immédiatement compte que ces cancers sont d'autant plus à redouter qu'ils siègent plus près des parties terminales du gros intestin, le rectum excepté.

Le tableau suivant, dressé d'après ces 58 observations, met en évidence le lieu d'élection de la sténose dans les rétrécissements néoplasiques du gros intestin, qui s'accompagnent de lésions des portions situées en amont :

Cæcum. . . .	0 cas, soit	0	pour 100
Côlon ascendant. . .	1 —	1,7	—
Angle droit . . .	4 —	6,9	—
Côlon transverse. . .	8 —	13,8	—
Angle gauche. . .	9 —	15,5	—
Côlon descendant . .	8 —	13,8	—
S iliaque	24 —	41,3	—
Rectum	4 —	6,9	—

Les résultats de cette statistique concordent sensiblement avec ceux de la première ; ce sont aussi les sténoses de l'S iliaque d'abord, celles de l'angle gauche ensuite, qui provoquent le plus de lésions ulcéreuses ou perforantes de l'intestin. Le cancer du rectum n'occupe qu'une place tout à fait minime dans la production

de ces lésions et fait exception à la règle générale qui veut que les néoplasmes du gros intestin prédisposent d'autant plus aux accidents ulcéreux et perforants qu'ils sont eux-mêmes situés plus bas.

C'est là une donnée de l'observation clinique que nous croyons pouvoir expliquer par les considérations suivantes :

1° Les cancers du gros intestin proprement dit, les cancers coliques gauches en particulier, sont ordinairement petits, squirrheux, très sténosants. Ils peuvent évoluer à bas bruit pendant très longtemps et produire un rétrécissement très serré, sans avoir manifesté leur présence par des signes fonctionnels autres qu'une constipation et une obstruction plus ou moins chroniques. Le cancer du rectum, au contraire, a une latence moins marquée et provoque souvent des symptômes qui attirent plus tôt l'attention du malade ou du chirurgien, permettant ainsi un diagnostic et partant une thérapeutique plus précoces. Que ce traitement soit palliatif (anus contre nature) ou curatif (extirpation), il aura toujours pour but de lever l'obstacle et de rétablir le cours des matières. Il agira, dès lors indirectement, sur la colite ulcéreuse sus-jacente au rétrécissement, et préviendra ainsi les complications septiques ou mécaniques.

2° Les cancers rectaux sont beaucoup plus souvent circulaires et sténosants que ne le disent les classiques ; mais ils déterminent en général une obstruction moindre parce que, très souvent, ils s'accompagnent d'incontinence des matières sous forme diarrhéique. On observera donc beaucoup plus rarement cette

distension quelquefois énorme de l'intestin sus-jacent, que l'on rencontre si fréquemment dans le cancer de l'S iliaque et qui est éminemment favorable à la production des lésions destructives lointaines.

3° Seule la forme supérieure du cancer du rectum, c'est-à-dire celle qui occupe la portion intra-péritonéale de cet organe, est capable de donner *in situ* une péritonite par perforation. Or cette forme est relativement assez rare. D'autre part, grâce à l'étroitesse du cul-de-sac de Douglas et à la proximité de la vessie chez l'homme, de l'utérus et du vagin chez la femme, il peut se produire soit des adhérences inflammatoires entre ces organes et le rectum cancéreux, soit même des envahissements néoplasiques, tous processus qui s'opposent à la péritonite par perforation.

Telles sont, croyons-nous, les raisons probables qui justifient la rareté des lésions dont nous allons maintenant décrire l'aspect et le mécanisme, après avoir rappelé, dans un court historique, le nom des principaux auteurs qui ont déjà traité cette question et les différents aspects sous lesquels elle a été envisagée.

II. — HISTORIQUE

Depuis Laënnec qui, le premier, semble avoir observé la rupture du gros intestin par « une distension excessive due à des gaz », une vingtaine de cas de perforations intestinales à distance avaient été publiées, dans la littérature française et étrangère, lorsque Heschl entreprit en 1880 les expériences qui devaient déterminer les causes et expliquer le mécanisme de cet accident.

En 1882, Haussmann, dans sa thèse sur le cancer de l'intestin, put colliger vingt-six cas de perforation à distance, mais il ne signale le fait qu'en passant.

En 1892, M. Jaboulay étudia, dans la thèse de Merlin, les perforations spontanées de l'intestin dans l'occlusion intestinale. Il y est fait mention d'un cas de perforation, siégeant à la limite supérieure d'un cancer du rectum.

Lors de la publication du traité si documenté de MM. Quénu et Hardmann (1895-1899), la péritonite par perforation dans le cancer rectal était encore si peu connue qu'elle y est seulement mentionnée sans détails.

En 1898 et 1899, deux observations d'ulcérations perforantes, à distance d'un rétrécissement néoplasique du rectum, furent présentées à la Société Anatomique de Paris; l'examen histologique des pièces fut fait par M. Letulle, qui inspira, à ce sujet, la thèse de Schwob.

La même année, Wendel (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1899, t. II) rapporte trois cas de perforation de l'intestin chez des malades atteints de néoplasme rectal. Mais il ne fait que les signaler sans publier d'observation détaillée.

De Bovis, dans son étude du cancer du gros intestin (*Revue de Chirurgie*, 1900), consacre un court chapitre aux perforations diastatiques, et donne une partie de la bibliographie française.

De 1900 à 1903, plusieurs observations de perforation de l'intestin au-dessus d'un cancer du rectum sont publiées par Sasse, par Bommier (*Nord Médical*, 1903), par Lyot (*Bull. Société Chirurgie de Paris*, 1903).

Martin du Pan (*Revue de Chirurgie*, 1906) dans un article consacré au traitement du cancer du rectum, rapporte 123 cas de néoplasme rectal, traités, de 1873 à 1904, soit à la clinique chirurgicale de l'Université de Berne, soit dans la clinique privée du professeur Kocher. Sur ces 123 observations, il ne cite que 4 cas de perforation de l'intestin.

Cavaillon et Leclerc (*Revue de Gynécologie*, 1907), font une étude anatomique approfondie des altérations de l'intestin au-dessus des sténoses, quelle que soit d'ailleurs la nature du rétrécissement.

En 1909, A. Chalié, dans sa thèse consacrée au traitement chirurgical du cancer du rectum, rapporte plu-

sieurs observations lyonnaises, dans lesquelles la perforation survint chez des malades porteurs de sténose néoplasique du rectum. La même année, il publie dans un article paru dans le *Lyon Médical* (4 juillet 1909) quelques cas de péritonite par perforation au cours de l'évolution des cancers rectaux.

III. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Il nous paraît préférable d'associer dans un même chapitre l'étude anatomique macroscopique et microscopique des lésions qui nous occupent, et l'étude du mécanisme qui préside à leur formation.

Nous passerons donc en revue successivement les ulcérations et les perforations, et nous verrons, en même temps, s'il n'est pas possible d'établir entre elles quelque relation.

Dans la grande majorité des cas, les rétrécissements du rectum, comme ceux des autres portions du tube digestif¹, que ces rétrécissements soient cancéreux ou non, déterminent des altérations plus ou moins marquées de l'intestin sus-jacent, altérations qui varient naturellement avec le degré et avec l'ancienneté de la sténose.

Les tuniques intestinales sont généralement très épaissies, dures, rigides, et d'une extrême friabilité.

L'hypertrophie de la paroi est signalée par Tolot (obs. VII), qui rapporte un cas où les parois du rectum

¹ Voir à ce sujet les travaux de l'École du professeur Jaboulay : Patel (*Revue de Chirurgie*, 1901 et *Thèse de Lyon*, 1902), Cavaillon et Leclerc (*Revue de Gynécologie*, 1907).

et de la fin de l'S iliaque étaient considérablement épaissies et atteignaient environ le double de l'épaisseur normale. Dans l'observation de Labey (obs. XII), les parois du gros intestin, dans toute son étendue, étaient le siège d'une hypertrophie chronique, qui augmentait notablement l'épaisseur des différentes tuniques qui le composent.

Les parois sont parfois tellement friables qu'elles peuvent céder à une traction, même modérée. M. Jaboulay extirpe un cancer du rectum, puis il engage le bout supérieur de l'intestin en l'invaginant dans la lumière du bout inférieur, et le fixe à la peau de l'anus préalablement avivée. Le soir, phénomènes péritonéaux; le lendemain, mort. A l'autopsie, on trouve une déchirure de la partie antérieure de la paroi rectale, longue de 3 centimètres, faisant communiquer la lumière de l'intestin avec la cavité péritonéale et ayant déterminé une péritonite mortelle (obs. IX).

Kocher (obs. XV) et Bommier (obs. XVIII) ont vu la rupture de l'intestin se produire au voisinage d'un cancer du rectum, à la suite d'irrigations administrées dans un but palliatif, et Küster, à la suite de manœuvres de dilatation faites avec une bougie, chez un malade atteint d'une sténose cancéreuse du rectum.

Ces altérations de voisinage sont donc souvent mentionnées; elles sont banales et, pour ainsi dire, constantes, au moins à un faible degré, toutes les fois qu'il s'agit d'un rétrécissement manifeste, faisant obstacle à la circulation des matières.

Tardieu expliquait l'épaississement de la paroi par un certain degré d'hypertrophie des tuniques mus-

culaires, destiné à compenser l'obstacle sous-jacent.

L'existence de l'hypertrophie musculaire est, en effet, indéniable, et elle a été constatée plusieurs fois histologiquement (obs. VI), mais elle n'est sûrement pas la principale raison de l'épaississement. S'il en était ainsi, la paroi n'aurait pas perdu sa souplesse, et sa consistance ne serait en aucune façon amoindrie (Cavillon et Leclerc).

Quelle est donc la nature de cet épaississement ?

Il s'agit d'un œdème chronique qui infiltre tous les éléments constitutifs de la paroi, absolument comparable à l'infiltration banale qui envahit le tissu conjonctif autour des cancers des autres organes. Il est difficile, d'ailleurs, de savoir s'il s'agit d'un œdème mécanique, dû aux troubles circulatoires, ou bien d'un œdème d'ordre inflammatoire se produisant à la suite d'une infection créée au niveau du néoplasme ulcéré. Les deux causes interviennent probablement et se prêtent un mutuel appui. Il ne faut pas négliger, non plus, l'influence congestionnante de la stase des matières.

En résumé, dans le cancer, l'épaississement du segment sus-jacent relève de l'hypertrophie musculaire, mais sa cause la plus importante est l'infiltration qui peut être de nature infectieuse ou circulatoire (Cavillon et Leclerc).

A un degré de plus, sur ces lésions que nous venons d'étudier, viennent se greffer des altérations, mécaniques ou septiques, qui peuvent aller depuis la simple ulcération jusqu'à la perforation des diverses tuniques de l'intestin.

I. — ULCÉRATIONS

Etude macroscopique. — Les ulcérations sont de nombre variable, mais toujours multiples. Elles sont quelquefois très petites : la muqueuse apparaît criblée de petits orifices, à peine gros comme des têtes d'épingle en métal, chaque orifice donnant accès dans une petite cavité allongée, en général peu profonde (obs. VII). Mais, le plus souvent, leurs dimensions sont plus considérables ; elles atteignent jusqu'à 2 centimètres et demi de long sur 2 centimètres de large (obs. XVII) et quelquefois davantage.

Leur direction et leur forme ne paraissent obéir à aucune règle fixe ; elles sont tantôt rondes, tantôt ovales, quelquefois dirigées dans le sens du grand axe de l'intestin et d'autres fois perpendiculairement à lui.

Leurs bords sont d'ordinaire irréguliers, polycycliques ou déchiquetés et taillés à pic, entourés quelquefois d'un liseré ecchymotique. Leur fond est habituellement brunâtre, comme sphacélé. Elles présentent quelquefois un aspect gaufré très caractéristique (obs. IV). Elles peuvent être séparées les unes des autres par des ponts de muqueuse saine, ou être reliées par une muqueuse épaissie, œdémateuse et quelquefois hémorragique.

Leur siège de prédilection est le gros intestin. Nous ne trouvons qu'un cas signalé (obs. XVI) où des ulcérations multiples, très étendues, étaient disséminées sur toute la longueur de l'intestin grêle. Nous tâcherons, tout à l'heure, d'expliquer la rareté de cette localisation des lésions ulcéreuses. Dans le gros intestin, on les ren-

contre à peu près avec une égale fréquence au niveau de l'S iliaque, du côlon descendant et du côlon transverse (obs. XII, IV, XVII).

Dans un cas particulièrement intéressant par la netteté des lésions (obs. IV), on trouve, à la partie moyenne du côlon descendant, un épaissement localisé, sur une étendue de 7 à 8 centimètres, et qui correspond du côté de la muqueuse à une ulcération gaufrée à contours irréguliers, de la surface d'une pièce de cinq francs. Au niveau du coude gauche du côlon, même épaissement diffus avec plaques gaufrées, à grand axe perpendiculaire à l'axe de l'intestin. Ces ulcérations se prolongent sur tout le côlon transverse.

On peut en trouver aussi quelquefois dans le voisinage immédiat de la tumeur (obs. VI).

La muqueuse qui tapisse le cæcum et le côlon ascendant semble toujours à l'abri du processus ulcératif et dans aucune observation on ne trouve signalée l'existence d'ulcérations dans cette partie du gros intestin. Nous n'avons nullement en vue, ici, les cas de perforation cæcale que nous étudierons plus loin.

Ces lésions ulcéreuses ne sont pas toutes au même stade : les unes ont seulement détruit les couches superficielles de la muqueuse ; d'autres creusent profondément jusqu'à la séreuse qui forme le fond de la perte de substance (obs. VII et XII). Enfin le processus ulcératif peut détruire cette dernière barrière et la cavité péritonéale est envahie.

En somme : aspect, étendue, profondeur et orientation très variables ; prédominance au niveau du gros

intestin (cæcum et côlon ascendant exceptés), tels sont les caractères macroscopiques principaux des ulcérations intestinales dans le cancer du rectum.

Etude microscopique. — Les lésions histologiques de ces ulcérations sus-jacentes à un cancer du rectum, paraissent avoir été peu étudiées. Nous baserons cependant leur description sur deux examens très complets de Letulle et de Tolot, et sur un examen de M. Horand qui correspondent, du reste, à ce que les auteurs ont écrit au sujet des ulcérations dans le cancer du gros intestin.

Les ulcérations, comme nous l'avons déjà vu, se développent sur une paroi malade, souvent considérablement épaissie.

Leurs bords sont abrupts et on voit, sur la tranche, des glandes de Lieberkühn décapitées et détruites à leurs parties profondes.

Le fond de l'ulcération, quelle que soit sa profondeur, est recouvert par une assise de cellules embryonnaires et par une couche superficielle d'éléments bacillaires.

Mais c'est surtout au pourtour des ulcérations que les lésions des différents éléments constitutifs de l'intestin sont intéressantes à étudier.

La muqueuse, congestionnée, tuméfiée et épaissie, présente un revêtement épithélial souvent exfolié; elle est infiltrée de leucocytes, et même de microbes. Les glandes de Lieberkühn apparaissent très développées, élargies et hypertrophiées.

La sous-muqueuse est épaissie et ses mailles connec-

tives sont distendues par des cellules fixes et un grand nombre de leucocytes.

La tunique musculieuse présente des éléments musculaires normaux, mais les espaces interstitiels sont gorgés d'éléments migrants. La sous-séreuse est également très infiltrée.

Letulle (obs. XII) rapproche ces ulcérations de celles de la dysenterie aiguë, et leur donne le nom d'ulcérations dysentériques : « On est en présence d'une véritable dysenterie symptomatique partielle et localisée au-dessus d'une obstruction incomplète et chronique du gros intestin. »

Tolot (obs. VII) retrouve ces mêmes caractères : « La paroi du gros intestin dans le voisinage de la perforation, est le siège d'une abondante infiltration embryonnaire qui envahit la muqueuse dont elle dissocie les glandes, la sous-muqueuse, la musculieuse et surtout la sous-séreuse. En aucun point cette infiltration cellulaire ne revêt le caractère néoplasique ; il s'agit toujours de petites cellules, presque réduites au noyau, très colorées par le carmin, souvent confluentes, envahissant toute l'épaisseur de la paroi, dont la structure générale est conservée. »

L'examen d'un fragment du tissu induré pseudonéoplasique, pris au-dessus d'une tumeur rectale (obs. VI), a permis à M. Horand (Laboratoire du prof. Jaboulay) de constater l'existence d'un œdème, d'une infiltration leucocytaire abondante sous-muqueuse, et d'une hypertrophie du muscle intestinal.

Physiologie pathologique. — Les lésions ulcé-

reuses reconnaissent un mécanisme assez complexe. Pour expliquer leur formation, on a invoqué l'action mécanique des corps étrangers et des matières durcies qui stagnent dans le segment dilaté.

Cependant Kocher n'est point de cet avis, et fait remarquer qu'au-dessus d'un retrécissement les matières sont toujours molles et souvent liquides.

Il est probable, en effet, que les matières agissent surtout par les germes dont elles favorisent la pullulation. La muqueuse baignant dans ce milieu, éminemment septique, s'ulcère en se laissant envahir par des microbes à virulence exaltée (Cavaillon et Leclerc).

En dehors de ce mécanisme de cause externe, pour ainsi dire, on voit encore, dans nombre de cas, les oblitérations artérielles et veineuses venir ajouter leurs effets. Dans le cancer, les thromboses vasculaires s'observent fréquemment dans le méso, au voisinage de la lésion primitive.

On peut se demander, aussi, si la simple distension ne joue pas un rôle important dans la production de ces lésions

C'est l'opinion de Kocher, de Prütz, de Kreuttner: Kocher s'appuie sur l'expérience suivante : Il fait une fistule intestinale à un chien, et établit dans l'intestin une pression de un mètre à un mètre et demi d'eau, tout en conservant rigoureusement l'intégrité de la circulation ; il voit la paroi intestinale pâlir, s'anémier, et finalement le sang disparaître des branches de la veine mésentérique. Quand la compression cesse, la stase veineuse se produit, probablement par paralysie

vaso-motrice. Cette stase est très favorable à l'apparition de la thrombose.

La distension excessive entraînerait donc la stase veineuse ; celle-ci amènerait la thrombose, d'où gangrène consécutive.

Il est probable qu'il faut tenir compte de l'influence de ces deux facteurs et que leur action se combine. On ne saurait, cependant, dans les cas qui nous occupent, accorder une importance prépondérante au mécanisme invoqué par Kocher. Nous savons, en effet, que le cancer du rectum ne produit que rarement ces distensions énormes que l'on rencontre souvent dans les autres sténoses du gros intestin.

Ces considérations nous expliquent aussi pourquoi les lésions ulcéreuses ne se développent presque jamais sur la muqueuse de l'intestin grêle. La valvule iléo-cæcale empêche le reflux des matières et des gaz dans les anses grêles et les force à s'accumuler dans le segment du gros intestin sus-jacent à la sténose. L'intestin grêle se trouve ainsi à l'abri et de la stagnation des matières et de la distension, c'est-à-dire des deux principaux facteurs qui, en exaltant la virulence des germes, favorisent, au plus haut degré, la production des ulcérations.

II. — PERFORATIONS

1^o Perforations au niveau du cancer. — Ces perforations s'expliquent aisément en vertu du mécanisme ulcératif du cancer livré à son évolution spontanée.

Dans quelques cas, la perforation se produit brus-

quement, sans qu'il se soit produit d'adhérences entre le rectum et les organes voisins, et sans qu'aucune manœuvre capable de la favoriser ait été pratiquée : la péritonite est généralisée d'emblée. Tel le cas rapporté par Merlin (obs. VIII). Un fait semblable est signalé dans une observation anglaise (obs. X).

Mais la perforation peut être causée ou favorisée par des manœuvres diverses, pratiquées sur le malade, dans un but thérapeutique. Nous rapportons deux observations dans lesquelles cet accident survint : soit à la suite d'irrigations forcées, faites par un anus iliaque gauche, qui avait été établi comme premier temps opératoire de l'ablation du cancer (obs. XV) ; soit à la suite de lavements administrés à un malade qui avait refusé toute opération palliative ou curative (obs. XVIII).

Wendel, d'autre part (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. L, 1899), signale, comme cause de mort, dans les six premiers mois qui suivirent l'ablation d'un cancer du rectum par la voie sacrée, une péritonite aiguë, due à la perforation du rectum rétréci : cette perforation avait été produite par des manœuvres de dilatation faites avec une bougie.

Ces observations soulignent le danger des manœuvres de dilatation dans le traitement palliatif du cancer du rectum.

Mais le plus souvent, au moment où se produit la perforation, il existe déjà des adhérences qui unissent la portion cancéreuse du rectum à d'autres parties du tube digestif ; de sorte que la perforation fait communiquer deux portions du tube digestif, constituant ainsi une *fistule intestino-rectale*. Dans le cas de

MM. Bérard et Chalié (obs. III), la partie moyenne, ordinairement flottante, de l'anse oméga adhérait à la portion recto-sigmoïde, et il existait, à ce niveau, une anastomose assez large entre les lumières intestinales.

Chez un malade qu'il opéra, Sasse (obs. XI) trouva de même une anse grêle adhérente à la tumeur et une fistule intestino-rectale, faisant communiquer l'intestin grêle et le rectum.

Enfin, il peut y avoir, au-dessus du cul-de-sac de Douglas, des adhérences fixant entre elles les anses intestinales, de telle sorte que, une perforation se produisant à ce niveau, l'infection ne peut se disséminer dans la grande cavité péritonéale, et ne donne naissance qu'à une péritonite enkystée. Chez une malade, atteinte de cancer du rectum, le doigt explorateur, introduit par l'incision de la laparotomie, reconnaît l'utérus remonté vers l'ombilic et une masse d'anses intestinales, soudées entre elles : il s'agit, à n'en pas douter, d'une collection pelvienne. La malade est mise en position gynécologique et on constate, à la partie postérieure du vagin, l'existence d'une petite fistule qui donne issue à un peu de pus. On incise à ce niveau et on tombe dans une vaste poche d'où s'écoulent du pus et des gaz (obs. V, service de M. Vallas).

2° **Perforations à distance.** — Il résulte des observations que nous avons pu recueillir, que les perforations à distance, au cours de l'évolution des cancers du rectum, se rencontrent plus souvent que les perforations *in situ* : nous en avons trouvé onze

exemples, alors que nous n'avons que six cas de lésions perforantes au niveau même du cancer.

Il est vrai que les perforations siégeant au niveau du cancer, qu'elles soient spontanées ou accidentelles, n'ont rien qui puisse étonner le chirurgien, et tous les cas observés n'ont certainement pas été publiés. Il semble, au contraire, qu'en raison même de leur mécanisme un peu spécial, les perforations à distance ont été mentionnées plus volontiers par les auteurs.

On les observe, avec une égale fréquence, sur tous les segments du gros intestin : 3 fois au niveau de l'S iliaque, 3 fois au niveau du côlon descendant ou du côlon transverse, 3 fois au niveau du cæcum. Mais nous n'avons trouvé qu'un cas de perforation siégeant sur les anses grêles.

Il importe de diviser les perforations à distance en deux classes bien distinctes par leur anatomie, comme par leur mécanisme.

Les unes sont réalisées par la distension et l'éclatement ; elles ne sont, en aucun cas, précédées d'un stade d'ulcération de la muqueuse et se font de dehors en dedans : ce sont donc des perforations diastatiques, ou mieux des *ruptures diastatiques*.

Les autres, beaucoup plus fréquentes, se font au contraire de dedans en dehors ; elles sont toujours précédées d'une ulcération nécrotique, qui débute par la muqueuse intestinale, et elles représentent le stade ultime de cette ulcération.

a) RUPTURES DIASTATIQUES. — Nous n'avons pu réunir que deux cas de rupture par diastasis au cours de l'évolution de cancers du rectum.

Le premier est rapporté par Lyot (obs. XIV) : après laparotomie gauche, il voit s'échapper de la cavité péritonéale un liquide mélangé de matières fécales; les anses grêles sont enflammées. En les examinant, il constate, sur l'une d'elles, la présence d'une large déchirure. Celle-ci est transversale et occupe plus du tiers de la circonférence intestinale; l'une de ses extrémités commence dans l'insertion mésentérique elle-même, l'autre se termine sur la face latérale de l'intestin. Les bords en sont nets; la muqueuse, légèrement évasée à leur niveau, ni rouge, ni ulcérée, est absolument saine. L'aspect est celui d'une rupture traumatique de l'intestin.

Beaucoup plus intéressante, pour nous, est la seconde observation (obs. II). Il s'agit d'une malade du service de M. le professeur Jaboulay, malade qui présentait des symptômes de néoplasme rectal, avec occlusion complète depuis plusieurs jours. L'opération est faite d'urgence par MM. Chalié et Duroux qui pratiquent une laparotomie sur le bord externe du grand droit dans le but d'établir une cœcostomie préalable. Le cæcum, extrêmement distendu, s'extériorise de lui-même. Il présente sur la bandelette longitudinale externe, à son union avec le côlon ascendant (point d'Heschl), un diastasis marqué, en étoile, de la séreuse indiquant une perforation imminente. Le diastasis péritonéal est alors enfoui complètement par plusieurs points séro-séreux et la cœcostomie est faite au voisinage immédiat. Les suites de cette opération, qui évita certainement une péritonite par perforation mortelle, furent des plus simples.

Ces observations sont très instructives, car elles nous permettent de saisir, pour ainsi dire sur le vif, le mécanisme de la rupture par diastasis, soit au niveau de l'intestin grêle, soit au niveau du gros intestin ; elles sont une confirmation clinique éclatante des conclusions auxquelles étaient arrivés expérimentalement Heschl, puis Merlin et Anschütz.

Heschl, puis Merlin, par des expériences faites avec des segments d'intestin pris sur le cadavre, étaient, en effet, arrivés aux conclusions suivantes :

1° Le point le plus faible de l'intestin grêle se trouve au niveau de l'insertion du mésentère ;

2° Au niveau du côlon, la déchirure siège toujours sur le même point, c'est-à-dire à l'union du côlon ascendant avec le cæcum, sur le côté droit et antérieur du cæcum, à droite, par conséquent, de la bandelette antérieure de l'intestin ;

3° La marche de la rupture se fait toujours dans le même ordre : le péritoine se déchire le premier (parallèlement à l'axe de l'intestin), ce qui s'explique par son élasticité moins grande ; puis ce sont la musculieuse, et après elle la muqueuse, qui se rompent. La déchirure de la musculieuse se fait le plus souvent dans le sens transversal, perpendiculairement à l'axe de l'intestin et parallèlement à la direction des fibres annulaires ; la muqueuse fait toujours hernie avant de se rompre et présente d'ordinaire plusieurs petits orifices.

Les lésions observées dans les deux cas que nous venons de citer reproduisent, trait pour trait, les expériences de Heschl.

Quant à la cause de la localisation de la lésion sur le cæcum, elle s'explique d'elle-même par la minceur des parois de ce segment et par sa grande capacité, par rapport aux autres portions du gros intestin : tels sont, en effet, les deux facteurs qui favorisent au maximum la distension, comme l'a montré Anschütz par une série d'expériences.

Il insuffle, à l'aide d'une soufflerie, des ballons de caoutchouc de différents volumes et d'épaisseur différente, montés sur le trajet d'un même tube de verre :

1° Si les ballons de caoutchouc sont de volume et d'épaisseur différents, c'est le plus mince qui se dilate le plus ;

2) Si les ballons sont de même épaisseur mais de volume différent, les ballons les plus gros se dilatent beaucoup plus que les petits ; s'il n'y en a que deux, le plus grand se remplit presque seul ; si on le presse, le petit se remplit, mais dès que la pression cesse, l'air revient dans le grand.

b) PERFORATIONS AU NIVEAU DES ULCÉRATIONS GANGRÉNEUSES. — Ces perforations représentent, comme nous l'avons dit plus haut, le stade ultime des ulcérations qui creusent en profondeur et détruisent successivement toutes les parois de l'intestin. Elles sont une complication du cancer du rectum beaucoup plus fréquente que les ruptures par diastasis.

Aux huit observations que nous publions (Obs. I, III, VII, XII, XIII, XIX, XX, XXI), il convient d'ajouter un cas de Küster, cité par Wendel (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1899). L'auteur dit, sans plus de détails, qu'il s'agissait d'un cas de cancer ano-

rectal extirpé, que le sujet mourut peu de temps après l'opération et que « l'autopsie montra qu'il existait, au-dessus de la tumeur extirpée, un ulcère perforant carcinomateux qui fut la cause d'une péritonite mortelle ».

Les caractères que présentent les perforations sont, en tous points, semblables à ceux des ulcérations. On retrouve, à leur niveau, les mêmes lésions macroscopiques et microscopiques des différentes tuniques de l'intestin, lésions que nous avons décrites en détail à propos des ulcérations.

Selon que la perforation se fera dans la grande cavité péritonéale non cloisonnée ou dans une zone enkystée par des adhérences, les lésions seront celles de la péritonite, généralisée ou localisée.

IV. — ÉTUDE CLINIQUE. — TRAITEMENT

Les lésions sus-jacentes à un cancer du rectum, telles que nous les avons esquissées dans le précédent chapitre, sont souvent beaucoup plus soupçonnées en clinique que révélées par des signes certains.

Le chirurgien, connaissant la grande fréquence des altérations intestinales au-dessus d'un rétrécissement cancéreux du rectum de longue durée, suspectera toujours la possibilité de ces modifications anatomiques de l'intestin, mais sans pouvoir les affirmer.

Dans quelques cas, cependant, l'abondance de la diarrhée, la fétidité des selles, et les signes de colite pourront permettre un diagnostic, à peu près certain, d'ulcérations intestinales sus-jacentes au cancer.

Mais, la plupart du temps, ces ulcérations restent complètement latentes et constituent une trouvaille d'autopsie.

Les perforations elles-mêmes sont loin de revêtir toujours une allure caractéristique.

Rarement, en effet, elles se traduisent par une douleur brusque, en « coup de poignard », rapidement généralisée à tout l'abdomen qui se contracte, puis se

ballonne, par des vomissements bilieux puis fécaloïdes, par un facies angoissé, par une respiration haletante, superficielle et par un pouls petit, dépressible et filant. S'il en était ainsi, le diagnostic ne saurait être hésitant.

Mais le plus souvent, d'après nos observations, les choses se passent d'une façon toute différente.

Il s'agit, ordinairement, d'un malade qui présentait, depuis un temps variable, des signes d'obstruction chronique de l'intestin, et chez lequel brusquement le syndrome s'aggrave et arrive à compromettre la vie du malade, comme si l'on avait à faire seulement à une exagération de l'occlusion. Le malade meurt dans le collapsus, sans grande élévation thermique et sans phénomènes péritonéaux très nets. Seule l'autopsie vient montrer l'existence d'une péritonite généralisée, que l'on avait à peine soupçonnée.

Dans d'autres cas, devant l'aggravation des phénomènes d'occlusion chronique, le chirurgien se décide à pratiquer un anus contre nature, cæcal ou iliaque, et il est tout étonné de trouver, dès l'ouverture du péritoine, une péritonite déjà généralisée ou en voie de se diffuser. Parfois même il aperçoit la perforation qui en a été la cause.

On voit donc que chez les malades qui nous occupent se vérifie d'une façon presque constante l'énorme difficulté du diagnostic, citée partout classiquement, entre l'occlusion intestinale et la péritonite par perforation.

Celle-ci devra être soupçonnée toutes les fois que les signes d'obstruction ou d'occlusion subiront un redoublement dans leur intensité, toutes les fois qu'il y aura une élévation plus ou moins marquée de la température

et une altération rapide du pouls et de l'état général. Mais, en raison de la chronicité de l'affection, de l'amaigrissement et de la cachexie du malade, les signes abdominaux de la péritonite devront passer au second plan, car ils manquent le plus souvent ; et il ne faudrait pas attendre leur constatation pour faire le diagnostic et surtout pour intervenir chirurgicalement.

Il est des cas cependant où, grâce à la production antérieure d'adhérences, la péritonite peut être localisée, comme dans l'observation de M. Vallas (obs. V). Le pronostic change alors totalement. Mais cette éventualité n'est possible, on le conçoit, que dans les cas de perforation siégeant au niveau même du cancer.

Il est évident que c'est seulement dans les cas de péritonite localisée, comme celui que nous venons de rappeler, que l'intervention thérapeutique peut assurer la guérison du malade, toute question d'évolution du cancer mise à part. Un large drainage par le vagin a suffi, dans ce cas, à amener la cessation définitive des symptômes qui avaient nécessité l'opération.

Nous ne saurions ici étudier le traitement de la péritonite généralisée, malgré toutes les complications et toutes les améliorations qui ont été apportées à cette thérapeutique dans ces derniers temps. Sans vouloir nier l'efficacité possible, dans quelques cas, d'un traitement précoce et bien conduit, nous croyons que, chez des malades déjà en occlusion, âgés et cachectiques, comme c'est le cas ordinaire dans nos observations, toute thérapeutique est illusoire et ne saurait être que palliative. Il appartiendra néanmoins

au chirurgien de tout tenter pour lutter contre la péritonite (laparotomie, drainage, anus artificiel, etc...).

Par contre, c'est au chirurgien de prévoir et souvent de prévenir les complications mortelles dont nous nous sommes occupé dans ce travail. C'est ce seul *traitement préventif* sur lequel nous voulons insister ici.

Il va sans dire, tout d'abord, que chez tous les cancéreux du rectum, en occlusion ou en obstruction, l'anus artificiel s'impose avant toute tentative d'extirpation radicale. Cet anus sera soit cæcal, soit iliaque suivant les cas.

L'anus contre nature permet d'établir la dérivation des matières et d'assurer leur libre écoulement au dehors. Il supprime donc les causes qui, comme nous l'avons dit, favorisent la production des ulcérations perforantes et il constitue, par le fait même, le véritable traitement prophylactique de cette redoutable complication.

Nous rappellerons, cependant, que l'existence d'un anus contre nature n'arrête pas toujours l'évolution des lésions ulcéreuses et que la perforation peut se produire, malgré la création de cette voie de dérivation. C'est ce qui advint chez un malade de M. Pothe-rat, dont l'observation a été publiée par Labey (obs. XII), et chez une malade du service de M. Bérard (obs. III).

Malgré tout, l'anus artificiel constitue le seul traitement véritablement palliatif du cancer du rectum inopérable, en même temps qu'il prévient, dans la mesure du possible, les ulcérations perforantes.

En dehors de cette méthode, on rejettera donc tous

les autres moyens prophylactiques, employés, il est vrai, de plus en plus rarement.

La cautérisation et le curettage donnent des résultats déplorables : sur vingt malades opérés par Küster suivant cette méthode, cinq sont morts à la suite de l'opération ; les autres n'ont été améliorés que pendant quelques semaines.

On peut en dire autant de la dilatation, qu'elle soit digitale ou instrumentale. Outre la courte durée de son efficacité, outre les hémorragies et les éraillures qu'elle provoque, ouvrant ainsi une voie à l'infection, elle peut toujours déterminer la perforation du rectum (obs. de Küster, citée par Wendel).

Enfin on ne saurait trop se méfier des lavements et des irrigations, qui, malgré toutes les précautions dont on s'entoure, sont capables aussi, comme le montrent deux de nos observations (obs. XV et XVIII), de produire cette redoutable complication, qui survenant dans ces conditions donne toujours naissance à une péritonite généralisée et entraîne, à coup sûr, la mort du malade.

OBSERVATION I

(Observation du service de M. le professeur Jaboulay,
in thèse de Chalier, p. 477).

*Cancer du haut rectum inopérable, avec obstruction. —
Perforation à distance sur l'S iliaque. — Etablis-
sement d'un anus contre nature à ce niveau. — Mort.*

Claudine G..., quarante-sept ans, cultivatrice à Beaugy, entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Jaboulay (salle Saint-Paul), le 31 décembre 1897.

La malade a présenté, vers le milieu du mois de décembre, des phénomènes d'obstruction intestinale, avec douleurs vives dans le bas-ventre et la région lombo-sacrée, vomissements alimentaires, constipation opiniâtre. Ces accidents durèrent une huitaine de jours. Puis il y eut émission de matières et de gaz par l'anús. Mais depuis quatre ou cinq jours les phénomènes d'obstruction intestinale ont reparu; c'est pour cela que la malade est amenée à l'hôpital.

A l'entrée, mauvais état général : langue sèche, soif vive, fièvre (38°5-39 degrés), abattement, météorisme douloureux. Ganglions dans l'aîne droite.

Au toucher rectal, néoplasme annulaire du rectum, siégeant à 8 centimètres de l'anús et datant de plusieurs mois.

3 janvier 1898. — M. Jaboulay pratique un anus iliaque. Dès l'ouverture du péritoine, il s'échappe des gaz fétides et quelques matières. *Le côlon est rouge et présente, à l'origine de l'S iliaque, une perforation sur sa face antérieure.*

C'est à ce niveau que M. Jaboulay établit, après assèchement du péritoine, un anus contre nature.

Malgré cette intervention, les phénomènes péritonéaux persistèrent, et la malade mourut au bout de deux jours.

OBSERVATION II

(Observation du service de M. le professeur Jaboulay,
in thèse de Chalièr, p. 61).

*Néoplasme recto-sigmoïde avec imminence de perforation
cæcale diastatique. — 1^o Cæcostomie le 5 septembre
1909. — 2^o Laparotomie latérale gauche, purement
exploratrice, le 25 octobre 1909. — Généralisations
péritonéo-intestinales.*

Claudine M..., cinquante-sept ans, tisseuse à Saint-Forgeux (Rhône), entre, le 4 septembre 1909, dans la clinique de M. le professeur Jaboulay.

Constipation très ancienne. Depuis un an, glaires et sang dans les matières. Depuis plusieurs jours, occlusion complète : ballonnement du gros intestin, absence d'émission de matières et de gaz.

A un premier examen, le toucher rectal est négatif. On pense à une tumeur de l'S iliaque, que l'on se décide à opérer en trois temps.

Première opération, faite d'urgence, le 5 septembre 1909 (Chalièr et Duroux). Laparotomie droite sur le bord externe du grand droit. Le cæcum, extrêmement distendu, s'extériorise de lui-même. Il présente, sur la bandelette longitudinale externe, à son union avec le côlon ascendant (point d'Heschl) *un diastasis marqué, en étoile, de la séreuse* : perforation imminente. On enfouit complètement, par plusieurs points séro-séreux, ce diastasis péritonéal. La cæcostomie est faite au voisinage immédiat.

La malade eut un peu de fièvre et de suppuration pariétale pendant sept jours. Puis, apyrexie, bon état général et local, bon fonctionnement de l'anus cæcal.

L'intestin bien évacué, on sent nettement, cette fois, par le toucher rectal, l'extrémité tout inférieure d'une tumeur, que le palper abdominal combiné abaisse un peu. Il s'agit

d'une tumeur recto-sigmoïde. La malade est un peu cachectique, mais on ne trouve cliniquement aucun signe d'ascite, de métastases, d'œdèmes. Comme les urines sont, d'autre part, normales, on se décide, sur les instances de la malade, à tenter une opération radicale.

Deuxième opération, le 25 octobre 1909 (Chalier et Duroux). Laparotomie latérale gauche sur le bord du droit, descendant jusqu'au pubis, et remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic. Il s'écoule une assez grande quantité d'ascite ; on aperçoit, d'autre part, des plaques laiteuses sur le péritoine pariétal. On explore la tumeur qui est exactement recto-sigmoïde, peu adhérente. En déroulant l'S iliaque, on aperçoit, au-dessus de la tumeur, à 5 ou 6 centimètres, des plaques blanchâtres, indices de noyaux métastatiques. Il en existe quelques-uns aussi sur le côlon descendant et plusieurs sur le côlon transverse, l'un particulièrement dur, sténosant, envahissant toute l'épaisseur des tuniques intestinales et adhérent à un épais peloton épiploïque. On sent quelques ganglions dans le méso-sigmoïde. Il n'y a pas de ganglions lombo-aortiques. Le foie, dont on voit et palpe le bord tranchant, ne paraît pas présenter de métastases. Après avoir évacué environ 2 litres de liquide ascitique, on referme la paroi abdominale à trois plans.

Suites opératoires simples. La malade part, dans le même état, avec son anus caecal, le 15 novembre 1909.

OBSERVATION III

(Observation de M. Chalier, *in* thèse p. 55).

Volumineux cancer recto-sigmoïde (forme avec obstruction). — Cœcostomie le 1^{er} mai 1909. — Mort le 7 mai. — Péritonite par perforation de l'S iliaque.

Marie L..., quarante-six ans, couturière à Beaujeu (Rhône), entrée le 27 avril 1909 dans le service de M. Bérard, à l'Hôtel-Dieu.

Rien de spécial à signaler dans ses antécédents héréditaires. Elle a toujours joui d'une bonne santé. Elle est mariée. Elle n'a eu qu'un enfant, mort à quinze ans de tuberculose pulmonaire. Pas de fausses couches.

L'affection actuelle a débuté il y a quatre mois, par des hémorragies sans troubles de la défécation, sans douleurs. Ces hémorragies, d'abord peu abondantes, étaient composées de petites quantités de sang vermeil, striant les matières. Mais, plus tard, elles constituèrent à plusieurs reprises de véritables rectorragies.

Peu après l'apparition des hémorragies rectales, la malade présenta une gêne de plus en plus marquée de la défécation, qui aboutissait à l'émission de matière dures, ovillées, mais non laminées, recouvertes de glaires et de muco-membranes. La constipation est habituelle.

En dehors des selles, toujours douloureuses, depuis quatre mois, la malade n'a présenté des douleurs spontanées que depuis trois semaines environ : ce sont des douleurs irradiées dans la fosse iliaque gauche, parfois aussi le long du trajet du nerf sciatique.

Pas de troubles de la miction. Urines : ni sucre, ni albumine.

Il y a quinze jours, la malade a présenté des phénomènes de subocclusion intestinale avec ballonnement du ventre, et avec vomissements bilieux, mais non fécaloïdes. Ces phénomènes aigus disparurent spontanément au bout de trois ou quatre jours, après évacuation abondante de matières par l'anus. Depuis, d'ailleurs, la constipation est plus marquée que jamais, et la malade est restée en obstruction chronique.

À l'examen, en effet, on constate, le 27 avril 1909, que l'abdomen est un peu ballonné, et sensible à la palpation.

L'état général est très atteint : la malade a complètement perdu l'appétit et a maigri de plusieurs kilos. Pas d'œdème des jambes. Pas d'ascite. Pas de ganglions inguinaux.

Au niveau de l'anus il n'y a pas d'hémorroïdes.

Au toucher rectal, on sent, à bout de doigt, dans la région recto-sigmoïde, une volumineuse tumeur, bourgeonnante, assez molle et friable, qui, au premier abord, paraît occuper seulement une paroi rectale, car on en fait presque complètement le tour avec le doigt ; en réalité, on se rend rapidement compte qu'elle occupe toute la circonférence de l'intestin, mais c'est en avant et en arrière qu'elle atteint ses plus grandes dimensions. La tumeur étant assez molle, le doigt peut passer facilement au centre de la tumeur, dans la lumière rectale, relativement peu rétrécie.

Par le toucher vaginal combiné au toucher rectal, on constate que la tumeur adhère au cul-de-sac vaginal postérieur et qu'elle est à cheval sur lui et sur le Douglas. Mais elle ne paraît pas adhérer à l'utérus. En arrière, par contre, elle tient au sacrum sur lequel on ne peut la mobiliser. En haut, le doigt ne peut atteindre la limite supérieure de la tumeur, même en combinant au toucher le palper abdominal.

En raison du volume et du siège de cette tumeur, manifestement néoplasique, M. Bérard décide de l'aborder par la voie sacrée ou par la voie combinée abdomino-périnéale ; mais il importe, auparavant, d'établir un anus contre nature pour mettre fin à l'obstruction et pour dériver autant que possible les matières.

29 avril 1909. — M. Bérard, aidé par M. Chalié, pratique une *laparotomie latérale droite*, attire le cæcum hors de la fosse iliaque, enlève l'appendice et fixe le cæcum à la paroi. Celui-ci n'est ouvert au thermo que le deuxième jour.

6 mai au soir. — Alors que la cæcostomie avait très bien fonctionné jusque-là, et que la malade était restée complètement apyrétique, la température s'est élevée à 39°2 et la malade a souffert de violentes coliques, sans vomissements.

7 mai au matin. — La température est de 40°2 ; l'abdomen est ballonné, douloureux à la palpation ; l'anus cæcal

a donné issue à quelques matières diarrhéiques. L'état général est très atteint : facies angoissé, respiration rapide et superficielle, pouls imperceptible. L'auscultation des poumons est négative. Le soir, la malade a eu des vomissements bilieux et noirâtres, exhalant une odeur nettement fécaloïde ; elle est morte, dans le collapsus, à 7 heures.

AUTOPSIE. — Pratiquée le 9 mai (A. Chalier). On a constaté l'existence d'une *péritonite généralisée* : dans le petit bassin était accumulée une assez grande quantité de sérosité louche ; toute la cavité abdominale était infiltrée de la même sérosité et l'on trouvait, par endroits, du pus et des matières.

L'intestin grêle n'était pas dilaté. L'orifice de cœcostomie n'était pas obstrué ; les adhérences de cet orifice à la paroi étaient parfaites. La péritonite n'avait pas là son point de départ.

Le côlon transverse et le côlon descendant, assez notablement dilatés, renfermaient à leur intérieur une assez grande quantité de matières solides et des gaz. En refoulant ces gaz vers la partie inférieure, on les vit sortir du petit bassin sous forme de bulles traversant le liquide accumulé à ce niveau. *Il y avait donc une perforation intestinale à l'extrémité inférieure de l'S iliaque.* Il fut facile d'assécher le liquide et d'examiner la perforation en place.

Ceci fait, on pratiqua avec ménagement l'extirpation en bloc de l'intestin, du rectum (fortement adhérent au sacrum) de l'utérus, du vagin et de la vessie.

On enleva ensuite le foie, la rate, les reins, les poumons et le cœur : ces derniers organes furent trouvés sains.

A l'examen de l'extrémité terminale du tube digestif, on constate que la partie moyenne, ordinairement flottante, de l'anse oméga adhère à la portion recto-sigmoïde. *A ce niveau, il existe une anastomose assez large entre les lumières intestinales, et c'est en ce point que s'est faite la perforation en plein péritoine.* Celle-ci est large et laisse apercevoir les lèvres irrégulières et déchiquetées de la fistule sigmoïdo-

sigmoïdienne (fig. 1). Elle siège à 5 centimètres au-dessus du cul-de-sac de Douglas, qui est absolument normal. L'utérus, un peu fibromateux, et les annexes droites normales, n'adhèrent pas à l'S iliaque; par contre, l'ovaire et la trompe gauches sont fixés, en position postérieure, au-



FIG. 1 (Cliché dû à l'obligeance de M. Chalié).

1. Fistule sigmoïdo-sigmoïdienne ouverte dans la cavité péritonéale. — 2. Cancer du rectum. — 3. Section supérieure de l'anse oméga. — 4. Feuillet péritonéal antérieur du cul-de-sac de Douglas. — 5. Face postérieure de l'utérus récliné en avant et en dehors. — 6. Annexes gauches adhérentes à la fistule. — 7. Ure-tère droit.

dessus et en dehors de la perforation, par des adhérences solides, qui paraissent anciennes.

Le rectum est occupé par un cancer très volumineux,

épais et végétant, qui occupe toutes les parois, surtout l'antérieure et la postérieure, et qui s'étend, à 6 centimètres au-dessus de l'anus, sur une hauteur d'environ 9 centimètres; en haut, il remonte sur l'S iliaque jusqu'au voisinage immédiat de la perforation inférieure. Il est impossible d'affirmer, macroscopiquement, que cette perforation est en tissu néoplasique. En tous cas, la portion d'intestin sus-jacente au néoplasme est élargie et considérablement épaissie sur une hauteur de 6 à 7 centimètres; mais on ne trouve, nulle part, dans le gros intestin, d'ulcérations autres que les deux perforations sigmoïdiennes. Pas de ganglions dans le méso-sigmoïde, ni à la bifurcation de l'aorte.

Examen histologique (Chalier). — Sur les coupes on reconnaît, dissociant les fibres musculaires et s'étendant au loin, une infiltration de cellules qui ne rappellent pas les cellules inflammatoires. Elles ne présentent, d'ailleurs, aucune ordonnance glandulaire; elles sont assez petites et présentent un protoplasma vacuolaire assez clair. Certaines, plus volumineuses, sont nettement colloïdes. Il s'agit là d'un cancer atypique très malin.

Au niveau de la perforation intestinale on retrouve la même disposition.

OBSERVATION IV

(Observation du service de M. Bérard, in thèse de Chalier, p. 416).

Cancer recto-sigmoïde avec lésions intestinales sus-jacentes et avec métastase rénale.

Louis B..., soixante-quatorze ans, journalier à Lyon, entre le 30 janvier 1909, dans le service de M. Bérard.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Bonne santé habituelle. Pas de constipation. Pas d'hémorroïdes.

Les premiers symptômes de l'affection actuelle datent seulement de deux mois : léger amaigrissement, violentes coliques généralisées à tout l'abdomen, avec quelques irradiations vers l'anus et la région lombaire. En même temps, apparition d'une diarrhée tenace qui persiste encore actuellement. Le malade n'a eu que deux ou trois hémorragies peu abondantes.

A l'examen : malade très cachectique, abdomen volumineux à la palpation, mais sans météorisme, ni tumeur perceptible. Incontinence de l'urine et des matières.

Ganglions inguinaux hypertrophiés des deux côtés, surtout à gauche.

Au toucher rectal, on sent à bout de doigt, une ulcération assez étendue, faisant le tour de l'intestin. Par le palper abdominal combiné, on sent dans la région recto-sigmoïde une masse peu mobile, qui paraît appartenir à l'intestin lui-même ou au méso de l'S iliaque.

Le malade meurt dans la cachexie, le 5 février 1909.

AUTOPSIE, le 6 février (A. Chalié). — Au niveau de la région recto-sigmoïde, nombreuses ulcérations néoplasiques de la muqueuse avec épaississement diffus des parois intestinales se prolongeant jusqu'à l'extrémité supérieure de l'S iliaque.

Au niveau de la partie moyenne du côlon descendant, épaississement localisé sur une étendue de 7 à 8 centimètres et qui correspond, du côté de la muqueuse, à une *ulcération gaufrée*, à contours irréguliers, de la surface d'une pièce de 5 francs. Au niveau du coude gauche du côlon, même épaississement diffus avec *plaques gaufrées* à grand axe dirigé perpendiculairement à l'axe de l'intestin. Elles se prolongent sur tout le côlon transverse.

Ganglions dans le méso-sigmoïde et le long de l'artère mésentérique inférieure. Ganglions inguinaux, purement inflammatoires microscopiquement. Métastase rénale.

Histologiquement, il s'agit, au niveau de la région recto-sigmoïde, d'un cancer épithéliomateux.

OBSERVATION V

(Observation du service de M. Vallas, in thèse de Chalié, p. 525).

*Cancer recto-sigmoïde avec pelvi-péritonite. —
Colpotomie.*

Marie M..., quarante-deux ans. Début, il y a un an et demi par des douleurs et des rectorragies pendant la défécation. Depuis six mois, alternative de constipation et de diarrhée. Depuis un mois et demi, difficultés de la miction, nécessitant depuis quelques jours le cathétérisme. Le 8 mai 1903, gonflement marqué de la région périnéale; œdème de la vulve. Au toucher rectal, le doigt sent très haut une masse bourgeonnante faisant saillie dans le rectum et dont on ne peut atteindre la limite supérieure. Au toucher vaginal, on tombe immédiatement sur la symphyse pubienne, contre laquelle le doigt est repoussé par une masse énorme qui refoule en avant le vagin, remplit le Douglas et vient comprimer la vessie et l'urètre. On n'atteint pas l'utérus qui est reporté en haut.

Opération, le 13 mai 1903. — *Premier temps* : Laparotomie gauche sur le bord externe du grand droit; fixation de l'S iliaque à la paroi; par l'incision pariétale, le doigt explorateur reconnaît l'utérus remonté vers l'ombilic et une masse d'anses intestinales soudées entre elles. *Il s'agit, à n'en pas douter, d'une collection pelvienne.*

Deuxième temps : La malade, mise en position gynécologique, on constate, à la partie toute supérieure de la paroi postérieure du vagin, l'existence d'une petite fistule qui donne issue à un peu de pus. Une incision pratiquée à ce niveau donne accès dans une vaste poche. Il s'écoule un flot de pus. En comprimant la poche par le ventre, *il s'écoule, par l'incision de colpotomie, du pus et des gaz.* Il s'agit donc d'une collection pelvienne consécutive à une perforation du rectum. En raison de l'étendue des lésions, on ne pousse pas plus loin l'intervention.

Suites simples. Amélioration profonde. La malade urine seule de mieux en mieux. Les matières fécales sortent en partie par le vagin, en partie par l'anus.

10 juillet. — La malade est guérie de sa pelvi-péritonite et sort pour quelques mois.

Elle revient avec de l'obstruction, le 19 novembre 1903. On ouvre l'anus contre nature sur l'S iliaque préalablement fixée. On trouve de la péritonite néoplasique. La malade meurt de cachexie, le 17 février 1904.

OBSERVATION VI

(Observation du service de M. le professeur Jaboulay,
in thèse de Chalié, p. 369).

Néoplasme inopérable du haut rectum. — Anus iliaque terminal et résection d'une portion de l'S iliaque (diverticules de l'S iliaque).

Louis G..., soixante-quatorze ans, employé à Lyon, entre dans le service de M. Jaboulay, le 11 juin 1909, pour des troubles de la défécation et un mauvais état général.

A vingt ans, paludisme. Il y a quatre ans, broncho-pneumonie double très grave.

Le malade n'a ressenti qu'il y a trois mois les premiers symptômes de son affection actuelle : épreintes, ténesme, difficultés de la défécation. Rapidement sont apparues des douleurs rectales et sacrées, des écoulements glaireux, presque jamais sanguinolents, le tout accompagné de constipation, d'anorexie, d'amaigrissement. En outre, depuis deux mois, le malade a de la peine à uriner.

Teint jaune paille, cachectique. Pas d'œdèmes. Pas d'ascite perceptible. De nombreux nœvi sur le ventre.

Petits ganglions inguinaux des deux côtés ; pas de ganglions axillaires ou sus-claviculaires.

Abdomen souple, paroi flasque. On sent très nettement, dans la fosse iliaque gauche, une tuméfaction régulière,

mobile, arrondie, grosse comme une mandarine, qui appartient manifestement à l'S iliaque ; on apprécie aisément ses limites, supérieure et inférieure.

Du côté de l'anus, il existe des hémorroïdes peu congestionnées, procidentes, avec un certain degré de prolapsus muqueux.

Au toucher rectal, on sent, dans la région sus-ampulnaire, une volumineuse tumeur, dure, bourgeonnante, circulaire, surtout développée en avant, au-dessus de la prostate, et en arrière, où elle paraît tenir au sacrum. On peut difficilement passer le doigt au centre. On ne dépasse pas, en hauteur, la tumeur.

Etat subfébrile : 37°8, 38°2.

On pense à la possibilité de deux tumeurs malignes, étagées l'une au-dessus de l'autre, mais distinctes, dans la portion terminale du gros intestin. On ne peut guère songer qu'à une opération palliative, étant donné surtout l'âge et l'état général du malade.

Opération, le 16 juin 1909 (M. Jaboulay). — Laparotomie latérale gauche sur le bord externe du grand droit. On tombe sur une tuméfaction de l'S iliaque en son milieu. Pensant avoir affaire à une tumeur, et en raison de la mobilité de l'anse oméga, dont le méso commence cependant à se rétracter, on résèque 7 à 8 centimètres de l'S iliaque. Le bout inférieur est lié avec un fin fil de soie et fixé dans la paroi, à la partie inférieure de l'incision. Le bout supérieur est attiré hors du ventre et fixé à la peau à 7 ou 8 centimètres, en dehors et en haut de l'incision de laparotomie. Celle-ci est suturée entre les deux bouts d'intestin. Pour mieux protéger cette suture on l'enfouit, pour ainsi dire, d'une façon temporaire, au moyen de points cutanéocutanés.

Les jours suivants, pas d'infection de la plaie, pas de péritonite. L'anus contre nature fonctionne bien, mais le malade continue à se cachectiser et meurt le 27 juin 1909.

L'autopsie étant interdite par la famille, on se contente

d'ouvrir le ventre par l'incision opératoire et d'extirper la tumeur rectale.

Celle-ci adhérait fortement au sacrum. Elle était dure, épaisse de 5 à 6 centimètres, circulaire et sténosante. Il y avait plusieurs ganglions indurés dans le méso-côlon pelvien.

On ne trouva pas la moindre infection péritonéale.

Examen de la pièce (dû à l'obligeance de M. R. Horand, chef de laboratoire). — Sur la pièce extirpée, on constate une masse dure, volumineuse, bosselée, siégeant dans le méso-sigmoïde; après avoir fait passer très délicatement un courant d'eau dans la lumière intestinale, on incise l'intestin le long du bord libre. La muqueuse est rose, rougeâtre en certains points, et *présente quelques ulcérations siégeant au fond des plis de la muqueuse rétractée.*

En incisant le méso parallèlement au bord adhérent de l'intestin, on découvre, entre le muscle et la muqueuse, de petits abcès stercoraux entourés d'un tissu œdématisé, réactionnel et inflammatoire, qui donnent la sensation de tumeur constatée au cours de l'opération.

En certains points, il existe des boulettes stercorales contenues dans une cavité muqueuse, sans communication avec la lumière intestinale. Ailleurs, elles sont incluses en plein muscle ou dans la sous-séreuse.

L'examen histologique d'un fragment du tissu induré pseudo-néoplasique a montré des ulcérations microscopiques de la muqueuse, de l'œdème, *une infiltration leucocytaire abondante sous-muqueuse et de l'hypertrophie du muscle intestinal*; la séreuse était congestionnée et épaissie, avec des brides fibreuses inflammatoires.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Observation du service de M. le professeur Lépine. — Tolot, in *Revue de Médecine* 1906, p. 599).

Homme, âgé de cinquante-quatre ans, journalier, entre

le 25 février 1904 à la clinique de M. le professeur Lépine. Il a eu, à l'âge de quatorze ans, la « fièvre des Dombes » et la dysenterie en 1870, six ans plus tard.

En juillet 1902, il est pris de coliques avec diarrhée. Puis, bientôt après, les selles deviennent sanguinolentes et lavure de chair; du ténesme apparaît; les selles sont chaque jour très nombreuses. Cependant l'appétit est conservé, le régime lacté produit une amélioration transitoire. Dans le courant de février, les douleurs abdominales deviennent beaucoup plus vives et le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A l'entrée, les selles sont fréquentes, diarrhéiques, sans caractère spécial; l'aspect lavure de chair n'existe plus. L'abdomen est très ballonné, douloureux à la pression dans toute son étendue. Quelques vomissements se produisent de temps à autre. Le malade est très affaibli et ne tarde pas à succomber.

AUTOPSIE. — Cancer du rectum absolument typique, avec bourgeons volumineux faisant saillie à l'intérieur de l'intestin; la paroi est considérablement épaissie par le néoplasme, l'examen histologique, fait par nous, montre qu'il s'agit d'un épithélioma alvéolaire atypique à stroma très développé.

Toute la cavité abdominale est remplie de pus qui s'accumule dans les parties déclives. Le gros intestin n'est que légèrement dilaté. Au-dessus du cancer, la paroi du rectum et de la fin de l'S iliaque est considérablement épaissie; elle atteint environ le double de l'épaisseur normale. Après section longitudinale du conduit, *la muqueuse apparaît criblée de petits orifices* à peine gros comme des têtes d'épingle en métal. Cet état criblé existe sur une longueur d'environ 30 à 40 centimètres au-dessus du néoplasme. Chaque petit orifice donne accès dans une petite cavité allongée, en général peu profonde. L'une d'elles cependant a envahi la paroi dans la totalité de son épaisseur, car *on aperçoit sur la face péritonéale du gros intestin une fine per-*

foration, dont la conséquence a été une péritonite mortelle. Cette perforation siège à une distance d'au moins 15 centimètres du bord supérieur du néoplasme.

Nous avons pratiqué l'examen histologique de la paroi du gros intestin dans le voisinage de la perforation, au niveau de la zone criblée. Toute cette paroi est le siège d'une abondante infiltration embryonnaire qui envahit la muqueuse dont elle dissocie les glandes, la sous-muqueuse, la musculuse et surtout la sous-séreuse. *En aucun point cette infiltration cellulaire ne revêt le caractère néoplasique*, il s'agit toujours de petites cellules presque réduites au noyau, très colorées par le carmin, souvent assez confluentes, envahissant toute l'épaisseur de la paroi dont la structure générale est conservée. Il n'existe en aucun point de formation glandulaire, même très atypique, en dehors de la muqueuse.

En somme, inflammation sans caractère spécifique de la paroi intestinale située au-dessus d'un néoplasme du rectum avec production de lacunes, par nécrose vraisemblablement, et perforation par le même mécanisme.

OBSERVATION VIII

(Observation du service de M. le professeur Poncet,
in thèse de Merlin, Lyon 1892, obs. XIII).

Cancer recto-sigmoïde sténosant. — Phénomènes d'obstruction intestinale. — Perforation intestinale à la limite du néoplasme.

Victor B..., cinquante-neuf ans. Parents morts d'affections inconnues; une sœur est morte d'une maladie de l'estomac, probablement un néoplasme.

Le malade est naturellement constipé. Le 28 mai, sans causes connues, il a été pris de douleurs dans l'abdomen. Depuis ce temps la constipation est devenue excessive. Les

premiers purgatifs n'ont rien amené, pas plus que les lavements. On a eu pourtant de légères débâcles dans le bain; les matières sont petites, amincies.

Depuis le 9 juin, le malade n'est pas allé du ventre, malgré de fortes coliques et du ténésme qui reviennent assez fréquemment. Pas de vomissements.

3 juillet. — Aujourd'hui le malade souffre de coliques violentes dans la fosse iliaque gauche.

Les douleurs s'irradient dans tout l'abdomen et sont exagérées par la pression.

Pas de vomissements, langue sale, pas de fièvre, pouls normal.

Au toucher rectal on sent une masse de matières dures. Le doigt est retiré enduit d'une matière séro-sanguinolente.

6 juillet. — Les douleurs se sont beaucoup accentuées. Le malade n'a pu reposer de toute la nuit.

Le pouls devient petit, les extrémités se refroidissent et se couvrent d'une sueur froide. En l'intervalle de quelques heures on fait deux injections de morphine qui calment un peu le malade.

Une cœcostomie est commencée.

En ouvrant la cavité péritonéale, une quantité de gaz et de matières fécaloïdes s'écoulent, provenant d'une perforation.

On fait des lavages abondants et quelques points de suture. On trouve dans les matières quelques noyaux de cerises.

Le malade meurt dans la soirée.

AUTOPSIE, le 7 juillet 1891. — Le péritoine est rempli de matières fécales et l'on rencontre beaucoup de noyaux de cerises. Rougeur diffuse et adhérences du grand épiploon aux masses intestinales. Le côlon tout entier est rempli de matières fécales et distendu d'une manière énorme.

Au niveau de l'S iliaque on trouve une perforation de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

A ce niveau l'intestin fait une sorte de coude, dont les

deux extrémités sont maintenues par une masse dure, ayant envahi le rectum. *La perforation siège à la limite supérieure de l'anneau cancéreux*, qui mesure 3 à 4 centimètres de hauteur.

A ce niveau la lumière du rectum est extrêmement rétrécie par un néoplasme. Au-dessus dilatation énorme du côlon. Légères ecchymoses et suffusion hémorragique dans le côlon qui est dilaté, en même temps que ses tuniques sont épaissies. Entérite légère.

OBSERVATION IX

(Observation de M. Jaboulay, *in* thèse de Fayard, obs. III, p. 53).

Homme cinquante-cinq ans, entré dans le service de Daniel Mollière et opéré, le 30 janvier 1890, par M. Jaboulay, pour un cancer du rectum. Opération de Kraske : résection du coccyx et de la moitié latérale gauche du sacrum, jusqu'au quatrième trou sacré ; section de l'intestin au-dessus du sphincter anal ; ablation de la tumeur et d'un collier cylindrique de ganglions cancéreux. Mais, au lieu de fixer le bout supérieur au bout inférieur, comme Kraske, M. Jaboulay, dans le triple but d'éviter pour la suite un rétrécissement cicatriciel, d'éloigner du péritoine une plaie intestinale et d'assurer l'action du sphincter anal sur le rectum, engage le bout supérieur en l'invaginant dans la lumière du bout inférieur, le fait ressortir par l'anus et le fixe à la peau préalablement avivée.

Le soir, phénomènes péritonéaux : douleurs vives, ballonnement du ventre. Mort le lendemain.

AUTOPSIE. — Le péritoine est plein de pus et les anses intestinales sont distendues au maximum. La cause de cette péritonite est due à une *déchirure de la partie antérieure de la paroi rectale, longue de 3 centimètres, qui communique avec le péritoine*. Cette déchirure a dû être produite par les manœuvres d'abaissement, qui avaient été

considérables, étant donné la hauteur des ganglions envahis par le cancer.

OBSERVATION X

(*Saint-Thomas's Hospital Reports. New-Series, 1902, p. 174*).

Cancer du rectum avec perforation ; péritonite généralisée.

E. S..., femme, trente-quatre ans, attachée au service de l'hôpital. Traitée pour des symptômes d'ulcère gastrique pendant plusieurs mois. Actuellement, malade depuis deux jours, avec douleurs abdominales et vomissements.

A l'examen : Signes de péritonite généralisée. Pouls, 180.

Laparotomie latérale droite. L'appendice est normal. L'estomac, que l'on examine, est normal. En explorant le bassin, on a trouvé une *grosse tumeur à la partie supérieure du rectum : celui-ci était perforé*. Péritonite généralisée, très marquée dans le bassin. Ablation de la tumeur. Un tube de Paul est placé à l'extrémité supérieure. Purgation et injection de strychnine dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mort au bout de quelques heures.

Examen microscopique : la tumeur est un cancer dont les cellules sont disposées en colonnes.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION XI

(Observation de Sasse, *in* thèse de Manuel, obs. LXI, p. 242).

*Cancer haut placé du rectum. — Voie sacro-abdominale.
— Ablation du rectum cancéreux et d'une anse grêle
adhérente. — Guérison.*

H..., âgé de quarante-cinq ans, cultivateur, entre le 31 mai à l'hôpital régional de Padersborn. Il souffrait, depuis deux ans déjà, de lésions dues à un cancer du rectum. La tumeur, commençant à environ 8 centimètres

au-dessus de l'anus, avait intéressé l'intestin dans toute sa circonférence et s'étendait à une telle hauteur, qu'il était impossible, même dans l'anesthésie profonde, d'en atteindre la limite supérieure. Sans anesthésie, on ne pouvait presque pas mobiliser la tumeur; on parvint au contraire à la déplacer vers la paroi, après avoir endormi le sujet.

M. Sasse se traça pour l'opération le plan suivant : libération aussi avancée que possible du rectum par voie sacrée, puis isolement, par le ventre, de l'extrémité supérieure du néoplasme, et terminaison de l'extirpation de nouveau par le bas.

Conformément à ce plan, l'opération commença le 11 juin 1900, par une résection du sacrum, au-dessous du troisième trou sacré. Par cette brèche, on isola autant que possible le rectum et l'on ouvrit le Douglas. On constata alors que l'extrémité inférieure du cancer avait atteint le plancher du Douglas et que l'extrémité supérieure remontait jusqu'au promontoire. *Une anse intestinale grêle s'étendait transversalement devant la tumeur, contractant avec elle des adhérences; une destruction partielle de la cloison ainsi formée avait ouvert une communication entre l'intestin grêle et le rectum.* On ne pouvait songer à continuer encore l'opération par le bas; on tamponna donc la plaie par des compresses.

Deuxième temps : le malade étant placé sur le plan incliné, on pratique aussitôt la laparotomie médiane.

On refoule, du petit bassin dans la cavité abdominale, les anses intestinales libres; on les écarte soigneusement à l'aide de compresses; on arrive alors sur l'anse intestinale adhérente au néoplasme; elle est réséquée sur une étendue d'environ 15 centimètres, puis les deux segments sont suturés sur le bouton de Murphy, et l'anse est ensuite refoulée vers le haut.

On sectionne le méso-sigmoïde, en examinant soigneusement s'il n'existe pas d'altérations des voies lymphatiques. On enveloppe provisoirement dans une compresse

le bout supérieur de l'intestin ; puis on commence à pratiquer l'isolement du néoplasme ; pour cela, on sectionne jusqu'au sacrum, des deux côtés du mésocôlon, le péritoine, qu'on repousse ensuite latéralement ; et, par incision du mésocôlon, on sépare peu à peu le rectum de l'os jusque dans la plaie sacrée ; on enlève autant que possible, avec le rectum, tout le méso et tout le tissu cellulaire pararectal. Ligature sur les vaisseaux qui saignent. Bientôt tout le rectum peut être attiré par la plaie sacrée avec la pièce d'intestin grêle y adhérent.

On ferme alors la brèche péritonéale de la surface antérieure du sacrum par une longue suture au catgut s'étendant jusqu'à la plaie, de façon à ne laisser aucune surface de section dans la cavité abdominale. On incise assez loin le méso-sigmoïde pour mobiliser suffisamment l'intestin et pouvoir l'attirer à l'anus, ce qu'on fit ultérieurement. On remplit alors tout le petit bassin par un long tampon de gaze iodoformée, dont l'extrémité est conduite à la plaie sacrée, et l'on ferme complètement par-dessus l'ouverture abdominale.

Le dernier acte de l'opération fut exécuté dans la position de la taille. On sectionne la tumeur à environ 4 centimètres au-dessus de l'anus et l'on extirpe la muqueuse du segment laissé en place pour y attirer le segment supérieur de l'intestin, qu'on fixe à la peau de l'anus. La grosse plaie sacrée est alors rétrécie par quelques points de suture, et, de plus, complètement tamponnée.

Les suites opératoires furent tellement favorables que le malade n'eut qu'une élévation de température, et à 38 degrés ; pas d'autre mouvement fébrile. Moins heureuse fut cette circonstance que l'intestin se gangrena sur une étendue de 8 à 10 centimètres, d'où la formation d'un anus sacré que garda le malade. Il partit guéri au bout de neuf semaines environ (9 août 1900).

Aujourd'hui encore, trois ans après son opération, le malade ne présente pas de récurrence, paraît en bonne santé,

a beaucoup augmenté de poids et se réjouit même d'être devenu père récemment.

OBSERVATION XII (Résumée)

(Labey, *Société anatomique*, p. 130 et 151, 1898).

Homme, cinquante ans. Phénomènes d'obstruction chronique datant d'un mois environ. Deux jours après l'entrée : arrêt complet des matières et des gaz ; vomissements.

On pense à une lésion d'origine appendiculaire et on pratique la laparotomie en faisant l'incision dans la fosse iliaque droite. On ne trouve pas l'appendice. Nombreuses et solides adhérences péri- et rétro-cæcales. Anses intestinales très distendues. Anus cæcal (Potherat). Après l'opération, on sent, par le toucher rectal, un cancer sténosant à bout de doigt. Un mois après, mort par péritonite généralisée.

AUTOPSIE. — Matières fécales et pus dans tout l'abdomen. A la partie supérieure du rectum, rétrécissement très serré, dû à un cancer qui infiltre les parois rectales, mais qui les dépasse à peine en dehors.

Toute la portion du gros intestin située au-dessus de ce rétrécissement est très dilatée et *dans le côlon descendant, mais surtout dans le côlon transverse, il existe des ulcérations multiples*. Ces ulcérations, à bords déchiquetés et taillés à pic, sont de dimension et de profondeur variables. Les unes sont petites, les autres sont très vastes et séparées des voisines par un simple petit pont de muqueuse en apparence saine.

Quant à la profondeur, on voit que certaines de ces ulcérations sont très superficielles, tandis que d'autres ont détruit la presque totalité de la paroi intestinale qui, en ces points-là, est absolument transparente et mince comme une feuille de papier à cigarette. *Au niveau de deux ou trois de ces ulcérations, la paroi est même perforée* et c'est par

ces perforations que les matières intestinales se sont introduites dans la cavité péritonéale, déterminant la péritonite mortelle.

Examen histologique (Letulle). — Epithélioma cylindrique typique. Les pertes de substance se sont formées sur une muqueuse modérément hypertrophiée, mais nullement cancérisée. Toutes les couches du gros intestin dans toute son étendue sont de même le siège d'une hypertrophie chronique.

Toutes les ulcérations se ressemblent : il s'agit de perte de substances taillées à pic, s'enfonçant d'emblée dans la sous-muqueuse et mettant ainsi à nu la couche musculieuse. Parfois même, la couche musculieuse est détruite aussi et l'ulcération va jusqu'au péritoine.

Les ulcérations sont récentes et ne présentent aucune trace d'organisation conjonctivo-vasculaire. Tout le pourtour de la perte de substance, quelles que soient ses dimensions, est occupé par des éléments inflammatoires infiltrés entre les tissus et organes fondamentaux des différentes couches de l'intestin. Les glandes en tubes qui avoisinent le bord souvent abrupt de l'ulcération sont un peu dilatées, allongées. On ne les voit jamais enfoncer, comme dans la dysenterie chronique, des bandes de cellules épithéliales jusque dans les excavations de la sous-muqueuse, et former, aux dépens des follicules lymphatiques évacués, ces kystes caractéristiques.

La sous-muqueuse est épaissie tout autour de l'ulcération et ses mailles connectives sont distendues par des cellules fixes et des globules lymphatiques, ces derniers en grand nombre.

Les vaisseaux de la sous-muqueuse ne sont pas thrombosés.

Les muscles de l'intestin de chaque côté de la plaie qui les pénètre sont normaux, en ce sens qu'on y trouve tous les caractères des faisceaux de fibres lisses ; mais les espaces interstitiels sont gorgés d'éléments migrants.

La sous-séreuse et la séreuse présentent des signes d'irritation vive et semblent sur nombre de points avoir mal arrêté le processus destructeur. On voit un grand nombre de leucocytes autour des cellules adipeuses et des vaisseaux sanguins sans cependant aucune thrombose.

Dans les intervalles des ulcérations, la muqueuse intestinale est saine.

Tous ces caractères suffisent pour caractériser le processus ulcératif en question. Il s'agit évidemment d'un travail inflammatoire en tout comparable, sinon même identique, à la dysenterie aiguë, et s'il fallait caractériser d'un mot de pareilles altérations, on pourrait dire qu'on est en présence d'une dysenterie symptomatique partielle et localisée au-dessus d'une obstruction incomplète et chronique du gros intestin.

OBSERVATION XIII

(KOCHER, in Martin du Pan, *Revue de chirurgie*, 1906, II, p. 280).

B... Franz, quarante-deux ans. *Anamnèse* le 15 janvier 1889. — Ténesme depuis mai 1888; sang dans les selles depuis quelques semaines. Ne peut uriner que quand il va à la selle; pas de grandes douleurs.

Status, le 15 janvier 1889. — Etat général encore bon. Quelques noyaux hémorroïdaux à l'anus. Tumeur circulaire débutant à 3 centimètres au-dessus de la prostate, de consistance dure, surface irrégulière, bosselée. Elle forme une stricture à peine perméable pour le bout du doigt.

Opération, le 22 janvier 1889. — Incision postérieure médiane jusqu'à 15 centimètres au-dessus de l'anus. Résection du coccyx et de la partie inférieure du sacrum. Le canal rachidien ouvert est immédiatement tamponné à la gaze iodoformée. Le rectum est disséqué et on extirpe de petites glandes carcinomateuses dans le tissu périrectal. Ligature de l'artère sacrée moyenne. Pendant la dissection du rectum, le péritoine est ouvert, mais immédiatement

recousu. Résection de la portion cancéreuse du rectum entre deux ligatures. Puis suture bout à bout des deux extrémités de l'intestin. Tampon à la gaze iodoformée. Pendant trois jours, le malade n'a pas de selle. Le rectum se nécrose et la suture cède, ce qui donne un anus contre nature sacré.

Dans le cours de la guérison, on essaye de rapprocher les deux bouts par une suture ; mais ils n'ont aucune tendance à se souder. On doit plus tard sectionner le sphincter anal par une ligature élastique pour que la plaie puisse se fermer.

Le patient quitte l'hôpital le 16 mars. Une stricture cicatricielle, qui s'est formée au niveau du coccyx, doit être incisée le 25 octobre 1889. Il se reforme une stricture cicatricielle qu'on incise de nouveau le 4 février 1891. Le 6 mars 1891, les selles sont régulières ; peu d'incontinence. Le 22 août 1891, nouvelle stricture ; le rectum est immobile, adhérent au sacrum et à la prostate.

25 août. — Excision de la récidive par une incision sacrée. Ligature de l'artère honteuse interne et section des nerfs qui sont pris dans les masses néoplasiques. Section transversale à travers la prostate et résection d'un tiers du sacrum. L'hémorragie osseuse est très abondante et tamponnée. Le péritoine a été ouvert au cours de l'opération. La récidive est une tumeur de 8 centimètres de long. A l'examen histologique, on y trouve quelques tubes de cellules cylindriques dans un tissu conjonctif dense ; dans un endroit un groupe d'alvéoles remplis de substance colloïde.

Le bout supérieur du rectum est attiré en bas et suturé à l'anus par quatre points. Drainage du rectum avec un gros drain de caoutchouc fixé au rectum.

Irrigation avec de l'acide phénique à 1 pour 100. Le 29 août, ablation des parties nécrosées et du drain. Le 3 septembre, la plaie commence à granuler.

Le 26 septembre, la plaie est guérie. La paroi postérieure

du rectum présente au toucher quelques irrégularités; sauf cela, le malade se sent bien, a bon appétit.

Le 11 janvier 1892, ouverture d'un abcès périrectal dans la fosse iliaque droite. — Mars 1892, depuis un mois le malade doit être toujours cathétérisé. On constate des noyaux cancéreux palpables au foie. Le 1^{er} avril, les métastases hépatiques ont augmenté rapidement et la cachexie a progressé. Mort le 18 avril 1892, trois ans et trois mois après la première opération, quatre ans après le début des symptômes.

AUTOPSIE (résumé du Protocole de l'Institut pathologique de Berne). — Noyaux cancéreux au ligament suspenseur du foie. Foie très volumineux (4.970 gr.) avec de nombreux noyaux cancéreux. On trouve aussi des noyaux sur le mésentère, l'épiploon, à la paroi postérieure de la vessie. Un carcinome de 7 centimètres de diamètre à la IV^e côte gauche et à la VI^e côte droite; de nombreuses métastases aux deux poumons. Tout le petit bassin est rempli de masses cancéreuses. Une anse de l'intestin grêle prise dans ces masses n'a plus qu'une lumière laissant passer un crayon. L'appendice est en partie nécrosé. *Le cæcum est entouré d'un abcès; il présente une ulcération de 3 centimètres de diamètre, perforant dans cet abcès.* La muqueuse du rectum est normale, la musculaire épaissie dans toutes les parois. Aucun noyau cancéreux.

OBSERVATION XIV

(Lyot, *Bull. Soc. de Chirurgie de Paris*, p. 706, 1^{er} juillet 1903.)

Occlusion intestinale déterminée par un cancer du rectum.

— *Rupture spontanée de l'intestin grêle constatée par la laparotomie. — Mort.*

M. D..., âgé de soixante-quatre ans, a commencé à éprouver, il y a deux mois, des alternatives de diarrhée et de constipation.

Depuis trois semaines, la constipation est devenue prépondérante, et le ventre s'est ballonné. Tous les deux jours, le malade va à la selle, grâce à l'absorption continue de purgatifs salins à petites doses. Il a toutes les apparences d'une santé robuste, il est peu amaigri, l'appétit est bien conservé, et il se plaint uniquement d'être incommodé par quelques coliques et des éructations. Il n'existe aucun antécédent pathologique, pas de syphilis en particulier, et bien que le sujet ait habité longtemps les Antilles, il n'a jamais eu ni dysenterie, ni hémorroïdes.

Le ventre est modérément ballonné, et on voit par instants, au moment des coliques, se dessiner sous la paroi, une tuméfaction circonscrite, sonore, qui paraît correspondre à l'S iliaque dilatée.

Le toucher rectal fait constater, à 4 centimètres au-dessus de l'anus, la présence d'un rétrécissement dont les parois dures et fermes sont constituées par de gros mamelons. Il existe, en réalité, une véritable tumeur qui s'étend sur les côtés du rectum, et, en arrière, jusqu'au sacrum. L'immobilité de cette masse est absolue. Le rétrécissement qu'elle circonscrit n'admet que l'extrémité de l'index ; le petit doigt peut s'y engager, mais ne remonte pas assez haut pour atteindre sa limite supérieure. La muqueuse, à son niveau, ne paraît pas ulcérée ; le doigt ne ramène pas de sang, et le malade n'a d'ailleurs jamais constaté ni pus, ni sang dans ses selles.

Je porte le diagnostic de cancer massif du rectum. L'hypothèse d'un rétrécissement syphilitique ne me paraît guère admissible ; l'absence d'antécédents, l'âge, le volume de la masse indurée qui, en somme, est une très grosse tumeur, l'absence de lésions anales, plaident en faveur du néoplasme. L'étendue et la fixité du néoplasme constituant une contre-indication évidente à l'extirpation, je propose l'établissement d'un anus artificiel ; mais l'entourage du malade hésite, on attend un parent éloigné, et je dois reconnaître qu'il n'y a pas d'urgence absolue à l'interven-

tion puisque les matières passent et qu'il n'y a pas même d'embarras gastro-intestinal.

Je conseille donc l'introduction, tous les deux jours, d'une canule creuse en caoutchouc rouge, du volume du petit doigt, par laquelle on pourra administrer des lavements sans excès de pression à l'aide d'un bock.

Grâce à ces moyens, le malade va à la selle en abondance, son ventre s'affaisse, et il est complètement soulagé. Dix jours plus tard, cependant, survient une crise d'obstruction caractérisée par des coliques vives et du ballonnement du ventre ; on voit, en particulier, se dessiner sous la paroi l'anse oméga tendue et dure.

J'insiste sur la nécessité d'une intervention, bien que l'état général ne soit pas très grave, comptant sur les avantages que j'aurais à pouvoir employer le procédé de Mayal, avant que l'obstruction ne soit trop prononcée. Mais, dans la nuit, le malade va abondamment à la selle et on élude encore ma proposition d'intervention. Le malade, d'ailleurs, mange, se lève ; à aucun moment il n'a de vomissements ni de nausées, et si parfois son ventre se ballonne en lui provoquant des coliques, il évacue ses gaz en introduisant sa canule.

J'insiste sur cet état de bien-être, car on ne pouvait guère prévoir l'accident qui allait se produire dix jours plus tard : une nouvelle crise d'obstruction survenait, comme les précédentes, accompagnée de coliques et suivie d'une selle abondante ; mais le lendemain de ce jour, dans l'après-midi, nouvelle crise de coliques intenses, suivie d'une vive douleur dans l'abdomen, comme jamais le malade n'en avait encore éprouvé.

Son médecin ordinaire lui fait une injection de morphine, et lorsque je suis appelé auprès de lui, dans la soirée, je le trouve calmé, sans douleurs ni coliques, le poulx bon, le ventre ballonné, mais à un degré modéré.

L'état général est resté excellent.

Cette fois, on accepte l'intervention, que je pratique le

lendemain à 8 heures, c'est-à-dire seize heures après la crise.

Incision dans la fosse iliaque gauche. A l'ouverture du péritoine, il s'échappe des gaz en abondance, et un liquide séreux jaunâtre.

Il devient certain pour moi que la crise de douleurs survenue la veille a été la conséquence d'une déchirure de l'intestin. Les anses d'intestin grêle que je vois ne sont que très légèrement congestionnées; elles sont affaissées de même que l'anse oméga. J'attire celle-ci à la peau, je la fixe rapidement et je l'ouvre, sans que d'ailleurs rien ne sorte par mon incision intestinale. Convaincu qu'il devait exister une déchirure du rectum au-dessus du néoplasme, et qu'elle était, par suite, peu accessible, je pensai que je devais me contenter de drainer largement le petit bassin, et, dans ce but, je fis du côté droit une incision verticale au-dessus du pubis, sur le bord externe du grand droit.

Le péritoine incisé, je vis s'échapper un liquide mélangé de quelques débris de matières fécales, et je fus frappé de voir les anses d'intestin grêle notablement plus rouges que je ne les avais vues dans la fosse iliaque gauche. En les examinant, *je constatai sur l'une d'elles la présence d'une large déchirure.*

Celle-ci était transversale et occupait plus du tiers de la circonférence intestinale; l'une de ses extrémités commençait dans l'insertion mésentérique elle-même, l'autre se terminait sur la face latérale de l'intestin.

Les bords en étaient nets, la muqueuse légèrement évasée à leur niveau, ni rouge, ni ulcérée, absolument saine. L'aspect était celui que j'ai vu aux ruptures traumatiques de l'intestin.

Je fis une suture de la déchirure en deux plans, une toilette soignée du péritoine, et je drainai avec des mèches et un gros drain pénétrant dans le petit bassin. Les jours suivants, l'état général paraissait tellement satisfaisant que je fus sur le point de croire au rétablissement de l'opéré; le

pouls et la respiration restaient calmes, le ventre plat ; de petites coliques amenèrent des évacuations par l'anus normal et par l'anus artificiel.

Mais peu à peu la température s'éleva au-dessus de 38 degrés, et le malade mourait neuf jours après l'intervention.

OBSERVATION XV

(KOCHER, in Martin du Pan, *Revue de Chirurgie*, II, p. 420, 1906.)

M. Andreas, soixante-huit ans. Premiers symptômes en octobre 1896 : sensation de brûlure à l'anus ; à la fin du mois, envies fréquentes d'aller à la selle, souvent sans résultat. En novembre, douleurs à la défécation, sang dans les selles. En décembre, diarrhée avec incontinence, pas de douleurs ; ce n'est que son incontinence qui l'engage à se faire traiter.

Status du 5 février 1897. — Malade très amaigri, souffre d'une bronchite chronique, d'arthrite déformante des deux mains et a une hernie inguinale double. Dans l'aîne gauche, plusieurs ganglions indurés. A l'anus, tumeur occupant la moitié antérieure, de consistance dure, irrégulière, formant une sténose à peine franchissable pour le doigt. La tumeur occupe la région anale et l'ampoule rectale ; on atteint avec peine la limite supérieure avec le doigt. Cette limite est nette ; la tumeur est mobile, nulle part adhérente ; sa surface irrégulière, bosselée, par places ulcérée.

Opération le 6 février 1897. — Narcose au brométhyle, puis éther. Anus contre nature iliaque gauche. On laisse l'anse du côlon descendant fermée et on n'y fait une petite ouverture au thermocautère que trois jours après, le 9 février. Le 10, irrigation du bout inférieur avec solution physiologique ; cette opération se fait très difficilement.

Le 11, le patient a de très violentes douleurs pendant l'irrigation ; l'eau salée ne ressort pas par l'anus. Le 12 février, vomissements, violentes douleurs dans le ven-

tre, l'irrigation ne réussit pas mieux. Le 13, l'hypogastre est douloureux à la pression ; on cesse les irrigations. Le 15, les vomissements continuent ; le pouls est petit, fréquent.

16 février 1897. — *Opération radicale* : Narcose, brométhyle, puis éther. Position ventrale avec bassin surélevé. On excise d'abord la tumeur de l'an us au thermocautère ; puis incision postérieure à droite du coccyx, également au thermocautère. Préparation du rectum que l'on ferme par un fil de catgut passé autour de la portion sphinctérienne. On isole ensuite le rectum, toujours plus haut, du tissu périrectal au thermocautère ; on a de la peine à séparer la tumeur de la prostate, à laquelle elle est adhérente ; on est obligé d'en réséquer la plus grande partie après avoir introduit un cathéter métallique dans la vessie. Au-dessus de la tumeur, on trouve un abcès, duquel s'échappe du pus fétide. Il provient d'une ouverture de l'S iliaque et se trouve déjà dans le péritoine. On lie l'intestin au-dessus de la tumeur ; on l'attire en bas jusqu'au dehors de la plaie et le fixe à la peau du périnée. On suture ensuite la blessure de l'intestin, et celle de l'urètre qui a été causée par l'ablation de la prostate. Tamponnement de la plaie avec de la gaze iodoformée, ainsi que de l'abcès péritonéal. Excision de la partie malade du rectum.

17 février. — Mort de péritonite. A l'autopsie on constate une *perforation de l'intestin au-dessous de l'an us contre nature, causée par les irrigations forcées*, probablement avec la pointe de l'irrigateur, le 10 février. La péritonite purulente part de là.

OBSERVATION XVI

(KOCHER, in Martin du Pan, *Revue de chirurgie*, II, p. 503, 1906.)

M. G. J..., soixante ans. *Anamnèse*, 18 juin 1902 : depuis un an, douleurs dans l'abdomen, épreintes ; il y a

dix jours, symptômes d'obstruction aiguë, qui cèdent à un lavement, mais reviennent le lendemain.

Status, 18 juin 1902 : Abdomen très ballonné ; on distingue le péristaltisme des anses intestinales dilatées ; à la hauteur de la base du coccyx, tumeur indurée, en forme de col utérin avec un orifice un peu dilaté, formant un rétrécissement infranchissable.

Opération, 19 juillet 1902 : Anesthésie locale à la cocaïne, fistule stercorale sur une anse intestinale, ouverture immédiate ; il s'écoule une quantité de matières fécales, liquides.

Résultat : Mort, le 25 juillet 1902, de péritonite purulente due à des *ulcérations multiples, très étendues sur tout l'intestin grêle*, causées par la distension exagérée. Le jejunum a jusqu'à 15 centimètres de diamètre. Ulcération cancéreuse, typique, de 6 centimètres de long, à bords déchiquetés, sur le rectum ; glandes rétropéritonéales carcinomateuses. Pas de réaction inflammatoire autour de l'anus contre nature.

OBSERVATION XVII

(KOCHER, *in* mémoire de Martin du Pan, *Revue de Chirurgie*, II, p. 507, 1906.)

Mme M. J..., cinquante-cinq ans.

Renseignements cliniques, 18 juin 1903. — Dysenterie en Tunisie en 1898 ; depuis lors toujours selles irrégulières, alternatives de diarrhée et de constipation. Douleurs à la défécation depuis un an et rectorragies depuis six mois. Un médecin consulté il y a six mois ordonne des poudres sans pratiquer de toucher rectal. C'est en mai 1903 seulement qu'il constate une tumeur déjà inopérable. La patiente ne peut retenir ses selles ; l'abdomen est très ballonné. La tumeur occupe la paroi antérieure du rectum, de l'anus jusqu'à 8 centimètres, et la paroi postérieure depuis 2 centimètres au-dessus de l'anus. La tumeur est

complètement immobile ; elle forme un rétrécissement à une hauteur de 5 centimètres.

AUTOPSIE. — Le *côlon* est extrêmement dilaté, 20 centimètres de circonférence sur une longueur de 1 mètre, et sa muqueuse présente des ulcérations de 2 centimètres et demi de long sur 2 centimètres de large. Les ganglions rétro-péritonéaux sont cancéreux.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

(BOMMIER, in *Nord Médical*, p. 198, 1903.)

Homme soixante ans. Se plaint de coliques, de douleurs à la défécation. Alternatives de diarrhée et de constipation, avec expulsion de mucosités sanguinolentes dix à vingt fois par jour. Irradiations douloureuses dans la région lombaire.

Ganglions pelviens perceptibles au palper profond. Micropolyadénite en « grains de plomb » dans les régions inguinales.

Au toucher rectal : à 5 ou 6 centimètres de l'anus, tumeur dure, bosselée, volumineuse, circulaire, avec un orifice central admettant le petit doigt, et absolument immobile.

Crise d'obstruction intestinale avec douleurs vives, péristaltisme intestinal visible à travers la paroi abdominale, hoquet, vomissements.

Le malade s'oppose à toute opération. *On lui administre un grand lavement* (4 litres) avec un bock-laveur et une grosse sonde rectale de caoutchouc souple. Le lendemain, aggravation de tous les symptômes ; de plus, quelques vomissements fécaloïdes. Le malade réclame, *in extremis*, l'établissement d'un anus contre nature, intervention qu'il avait refusée la veille.

Après incision de la paroi et du péritoine, il s'échappe des gaz d'odeur fécaloïde et un liquide de même nature.

L'épiploon et les anses grêles sont rouges, enflammés, non adhérents, couleur hortensia. *On trouve une perforation intestinale de la dimension d'une pièce de 50 centimes, siégeant à la face postérieure de l'intestin, à l'union de la partie malade et de la partie saine. On nettoie le petit bassin et on fait un tamponnement à la Mickulicz. Mort douze heures après.*

OBSERVATION XIX

(ZAUER, *Inaug. Dissert.*, Halle, 1902.)

Homme de quarante-cinq ans. Depuis deux mois, constipation rebelle et phénomènes d'obstruction chronique dus à un cancer de la partie inférieure du rectum. A l'entrée, symptômes de péritonite.

A l'opération, on trouve une péritonite diffuse, avec une dilatation énorme de la masse intestinale.

Colostomie. Mort les jours suivants.

AUTOPSIE. — *Perforation arrondie, de la grosseur d'un crayon, siégeant à la face antérieure du cæcum.*

OBSERVATION XX

(KAUFFMANN, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1877).

Femme de quarante-deux ans. Cancer du rectum. Côlon transverse très dilaté. *Perforation du côlon descendant.*

OBSERVATION XXI

(RICHERAND, cité par Jobert de Lamballe, in *Traité des maladies chirurgicales du canal intestinal*, Paris 1829).

Il s'agit d'un malade chez lequel l'accumulation des matières au-dessus d'un rétrécissement cancéreux du rectum aurait déterminé la *rupture du gros intestin* « très

au-dessus du néoplasme » : la cavité péritonéale contenait des matières et des gaz.

OBSERVATION XXII

LÉTULLE, *Bulletin Soc. Anal.*, 1899).

Cancer de la partie supérieure du rectum. Perte de substance au niveau de la muqueuse de la terminaison du côlon. *En certains endroits toute la paroi est détruite et le contenu intestinal se déverse dans une poche de péritonite enkystée.*

CONCLUSIONS

I. — Les cancers du rectum, les formes sténosantes et anciennes en particulier, s'accompagnent assez fréquemment d'ulcérations et de perforations. Nous en avons recueilli vingt-deux observations authentiques.

II. — Les ulcérations siègent avec prédilection dans le gros intestin et avec une fréquence à peu près égale au niveau de l'S iliaque, du côlon descendant et du côlon transverse. Favorisées certainement par la distension de l'intestin, elles ressortissent à une origine infectieuse.

III. — Les perforations peuvent se produire soit au niveau même du cancer ou à sa limite toute supérieure, soit, et ce sont les plus intéressantes, à une distance plus ou moins grande du néoplasme. Nous en publions dix observations. Les unes siégeant sur le grêle ou le cæcum, sont des *ruptures diastatiques*, c'est-à-dire produites uniquement par l'éclatement de l'intestin météorisé à l'excès. Les autres, siégeant sur le côlon proprement dit, sont des *perforations gangre-*

neuses, succédant à des ulcérations qui débutent par la muqueuse et se creusent de dedans en dehors.

IV. — Le plus souvent la perforation donne naissance à une péritonite généralisée d'emblée. Dans un cas seulement, la péritonite s'est localisée au petit bassin.

Le traitement, seulement efficace dans la péritonite localisée, doit être surtout un traitement préventif qui consistera à lever l'obstacle rectal, soit par l'extirpation de la tumeur, soit par l'anus contre nature. Les autres méthodes palliatives (dilatation, curettage, lavages rectaux, etc.) seront évitées, car elles sont dangereuses.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
JABOULAY.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 juillet 1911.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BOMMIER, *Nord Médical*, 1903, p. 198.
- DE BOVIS, Étude du cancer de l'intestin (*Revue de Chirurgie*, 1900).
- CAVAILLON et LECLERC, Étude anatomique du segment sus-jacent aux sténoses intestinales (*Revue de gynécologie*, 1907, p. 443).
- CHALIER (A.), *le Traitement chirurgical du cancer du rectum* (thèse de Lyon, 1909. — De la péritonite par perforation dans le cancer du rectum (*Lyon Médical*, 4 juillet 1909).
- COSTE, *Des ulcérations et des perforations intestinales à distance dans les rétrécissements cancéreux du gros intestin* (thèse de Lyon, 1905).
- FAYARD, *Des indications opératoires dans le cancer du rectum* (thèse de Lyon, 1891).
- JABOULAY, in thèses Merlin, Fayard, Patel, Leclerc, Chalier.
- KAUFFMANN, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1877.
- LABEY, *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1898, p. 130.
- LECLERC, Thèse, Lyon, 1906-07.
- LETULLE, *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1898, p. 151.
- LYOT, *Bull. Soc. anat. de Chirurgie*, Paris, 1903, p. 706.
- MANUEL, *De l'extirpation du cancer du rectum par la voie combinée* (thèse de Nancy, 1904, p. 242).
- MARTIN DU PAN, *Revue de Chirurgie*, 1906, II, p. 280, 420, 503, 507.
- MERLIN, *Perforation spontanée dans l'occlusion intestinale chronique* (thèse de Lyon, 1891).

- PATEL, *Revue de Chirurgie* 1901 et *Thèse*, Lyon, 1902.
QÉNU et HARTMANN, *Chirurgie du Rectum*, Paris, 1899, t. II.
ROCHARD, *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1889.
SCHWOB, *Ulcérations intestinales au cours de l'occlusion chronique* (thèse de Paris, 1899).
TOLOT, *Revue de médecine*, 1906, p. 599.
WENDEL, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1899, L, p. 289.
ZAUER, *Inaug. Dissert*, Halle, 1902.
SAINT THOMAS'S, *Hospital Reports*, New Series, 1902, p. 174.

